

Implicações da Depressão Pós-Natal nos Homens

Estudo de follow-up doze anos após o nascimento de um filho

Jacinta Marline Ribeiro Pinto

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

Gandra, 2 de junho de 2020

Jacinta Marline Ribeiro Pinto

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

**Implicações da Depressão Pós-Natal nos Homens
Estudo de follow-up doze anos após o nascimento de um filho**

**Trabalho realizado sob a Orientação de Professora Doutora Maria Emília
Areias e Co-orientadora Professora Doutora Maria dos Prazeres Gonçalves**

Declaração de Integridade

Eu, Jacinta Marline Ribeiro Pinto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Inicialmente quero agradecer especialmente e profundamente aos meus pais por todo o amor, carinho, confiança e apoio incondicional que depositam em mim todos os dias, por acreditarem em mim, nos meus sonhos, objetivos e por estarem sempre ao meu lado em todos os desafios da minha vida. Pelos ensinamentos e valores que me transmitiram ao longo dos anos e me fizeram a pessoa que sou hoje. Muito obrigada!

Aos meus primos e amigos Telmo, Ana, Diana, Luísa, Duarte, Marta, Marcos, Cátia, David, Cristina e Cláudia por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida, pelo apoio incondicional, compreensão e motivação ao longo deste ano.

Á minha madrinha e aos meus tios Paulo, Isabel, Fernando e Adelaide por todo o carinho e motivação ao longo da minha vida.

Á Professora Doutora Maria Emília Areias, pelo apoio, auxílio, partilha de conhecimentos, por toda a aprendizagem, rigor e confiança. E por toda a disponibilidade ao longo de toda esta etapa. Muito Obrigada!

Á Professora Doutora Maria dos Prazeres Gonçalves pela partilha de conhecimentos e por toda a disponibilidade e apoio ao longo desta etapa. Muito Obrigada!

Quero agradecer às minhas colegas Cassandra Oliveira e Valentina Machado.

À D. Rosária Dias agradeço a ajuda, simpatia e disponibilidade.

Agradeço a todos os participantes deste estudo, pela disponibilidade.

Muito Obrigada a todos.

Lista de Abreviaturas e Siglas

A.S.E.B.A. – Achenbach System of Empirically Based Assessment

A.S.R. – Adult Self-Report

CBCL (6-18) – Questionário de Comportamentos da Criança

DPN – Depressão Pós-Natal

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition

EPDS – Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgh

EPI – Eysenk Personality Inventory

HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IAACA – Inventário de AutoAvaliação do Comportamento

LOT-R – Escala de Orientação para a Vida Revista

PAYKEL –Entrevista sobre Acontecimentos de Vida Recentes

PND – Postnatal Depression

QSS – Questionário de Suporte Social

SADS-L – Survey for Affective Disorders and Schizophrenia – Life Time

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SSNI – Social Support Network Inventory

Índice

1. Introdução.....	7
2. Objetivos	13
3. Métodos.....	13
3.1. Participantes	13
3.1.1. Caracterização da Amostra	14
3.2. Instrumentos de Avaliação	15
3.2.1. Questionário de Identificação.....	16
3.2.2. Inventário de AutoAvaliação do Comportamento para Adultos (18-59)..	16
3.2.3. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).....	17
3.2.4. Questionário de Suporte Social (QSS).....	18
3.2.5. Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL 6-18)	19
3.3. Desenho	20
3.4. Procedimento.....	20
4. Resultados	24
5. Discussão.....	33
Referências Bibliográficas	36
Anexos.....	41

Resumo

A paternidade é um processo complexo, que tem um grande impacto psicológico nos pais. Este estudo consiste na fase 2 do 6º momento de avaliação, de uma investigação longitudinal de 12 anos acerca da Depressão Pós-Natal (DPN) iniciada em 2006, com 198 famílias portuguesas. O presente estudo integrou 35 homens, 15 maridos/companheiros de mulheres que tiveram DPN aos 12 meses pós-natal e 20 maridos/companheiros de mulheres que não tiveram DPN aos 12 meses pós-natal. Os instrumentos aplicados no estudo foram o Inventário de Autoavaliação do Comportamento para Adultos (IAACA), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o Questionário de Suporte Social (QSS) e o Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL). Para a análise dos dados, foram organizados dois grupos: homens cujas mulheres tiveram DPN e homens cujas mulheres não tiveram DPN. Quanto à avaliação da existência/permanência de perturbações psicológicas e efeitos a longo prazo nos homens não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Quanto à avaliação acerca da perceção dos pais sobre o comportamento dos filhos destaca-se a subescala dos Problemas Sociais do CBCL, o grupo de homens cujas mulheres não tiveram DPN apresentam um valor estatisticamente significativo. Apesar de os resultados do estudo não corroborarem os resultados obtidos nas avaliações anteriores, não devemos descurar a importância da problemática e devem ser encetados esforços no sentido de consciencializar e sensibilizar a população sobre a DPN nos homens.

Palavras-Chave: Estudo longitudinal, Depressão Pós-Natal, Efeitos a longo prazo, Homens, Perceção dos pais

Abstract

Parenthood is a complex process that has a major psychological impact on parents. This study consists of phase 2 of the 6th assessment moment of a 12-year longitudinal investigation into Postnatal Depression (DPN) started in 2006 with 198 Portuguese families. The present study included 35 men, 15 husbands/partners of women who had PND at 12 months postnatal and 20 husbands/partners of women who had no DPN at 12 postnatal months. The instruments applied in the study were the Adult Behavior Self-Assessment Inventory (IAACA), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Social Support Questionnaire (QSS) and the Child Behavior Questionnaire (CBCL). For data analysis, two groups were organized: men whose women had DPN and men whose women did not have DPN. Regarding the assessment of the existence / permanence of psychological disturbances and long-term effects in men, no statistically significant differences were found between the two groups. Regarding the assessment of parents' perception of their children's behavior, the CBCL Social Problems subscale stands out. The group of men whose women did not have PND had a statistically significant value. Although the results of the study do not corroborate the results obtained in previous evaluations, we should not neglect the importance of the problem and efforts should be made to raise awareness and sensitize the population about male PND.

Keywords: Longitudinal Study, Postnatal Depression, Long Term Effects, Men, Parental Perception

1. Introdução

O nascimento de um filho é um acontecimento de vida significativo, este acontecimento deveria originar alegria na vida dos pais, porém muitos homens sentem um aumento de responsabilidades pois está associada a imprevisibilidade, alterações na estrutura familiar, e simultaneamente ocorre um aumento das despesas económicas, *stress* e desafios (Roubinov, Luecken, Crnic, & Gonzales, 2014; Frank & Corcoran, 2018; Wee, Skouteris, Pier, Richardson, & Milgrom, 2011).

Segundo diversos autores a transição para a paternidade é um processo complexo, tendo um grande impacto psicológico nos pais, podendo ser negativo, originando ansiedade e aumentando o risco de depressão (Madsen & Juhl, 2007; Frank & Corcoran, 2018).

A Depressão Pós-Natal (DPN) é uma condição séria e debilitante (Davey, Dziurawiec & O'Brien-Malone, 2006), e não é uma problemática muito reconhecida nos homens (Edoka, Petrou, & Ramchandani, 2011). Porém tem ocorrido um aumento de investigações e preocupações acerca desta problemática (Frank & Corcoran, 2018). Estudos relativamente recentes começam a incidir sobre a DPN nos pais (Roubinov, et al., 2014).

A DPN é um transtorno depressivo não psicótico que ocorre após o nascimento de uma criança, e geralmente até um ano após o parto (Swami, Barron, Smith, & Furnham, 2019).

A DPN nos homens manifesta-se predominantemente em sintomas de irritabilidade e raiva, explosões de agressividade, impulsividade, podendo também ocorrer abuso de álcool (Ramchandani, et al., 2011), embora Luoma e colaboradores (2013) sugeriram que o consumo de álcool não está associado aos sintomas paternos de depressão e de ansiedade.

Swami, *et al.*, (2019) referiram que, na sequência destas especificidades sintomáticas, é mais difícil o reconhecimento dos sintomas de DPN nos homens do que nas mulheres, havendo a tendência de interpretar as alterações de comportamento como resultantes do *stress* vivido, do cansaço e da exaustão, com menor grau de aceitação cultural para as mesmas.

Alguns autores reportam dados sobre incidência e prevalência de depressão nos pais. Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo (1996a) concluíram que a prevalência de DPN nos homens entre os 3-6 meses foi de 4.8%, aos 9 meses foi de 23.8% e aos 12 meses foi de 28.6%. Massoudi, Hwang, e Wickberg (2016), referem que aos 3 meses após o nascimento do filho é de 6.3% e Nishimura, Fujita, Katsuta, Ishihara e Ohashi (2015) indicam que aos 4 meses é de 13.6%. Roubinov *et al.*, (2014) concluíram de que a prevalência de DPN nos homens é de 9%, às 15 e às 21 semanas após o nascimento do bebé. Um estudo efetuado por Frank e Corcoran (2018) concluiu de que a prevalência de DPN nos pais, 12 meses após o parto é de 12%.

No recente estudo de Frank e Corcoran (2018) os preditores para os pais desenvolverem DPN são: ter um bebé prematuro, o bebé ter problemas de sono, viver num local arrendado, ter pobres condições económicas, os pais não serem casados, não sentir apoio da sua parceira e serem pais solteiros.

Existem também diversos fatores de risco que potencializam o desenvolvimento de DPN paterna (Roubinov, et al., 2014).

Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo (1996b) concluíram que o historial de depressão e a ocorrência de depressão durante a gestação das companheiras são fatores de risco para o desenvolvimento desta problemática.

Os fatores de risco segundo Nishimura e Ohashi (2010) são: falta de estabilidade/segurança do emprego (reforma, despedimento ou mudança no setor de trabalho), histórico de tratamento psiquiátrico e gravidez não planeada.

De acordo com a revisão sistemática realizada por Wee e colaboradores (2011) os fatores de risco são: baixo suporte social e baixo apoio emocional, neuroticismo, acontecimentos de vida adversos, ocorrência de depressão na parceira, relacionamento conjugal empobrecido romanticamente. Estes autores também identificaram os fatores de risco menos comuns como a falta de conhecimento ou informação, percepção durante a gravidez do declínio sexual, o relacionamento que o homem tem com os seus pais e a sensação de controlo que o homem sente por parte da parceira. Dois estudos recentes referem os seguintes fatores de risco: problemas no relacionamento, acontecimentos de vida stressantes, dificuldades financeiras, desemprego, não ter direito à licença de

paternidade, baixo nível educacional, história anterior de depressão (Massoudi, et al., 2016; Frank & Corcoran, 2018).

Para além dos fatores de risco, os pais depressivos também parecem ser influenciados pela perceção do estilo de personalidade da companheira, os problemas não resolvidos da companheira, *baby blues* materno, a capacidade de coping da companheira e pela visão da companheira acerca do relacionamento conjugal (Dudley, Roy, Kelk & Bernard, 2001).

A DPN provoca consequências adversas no próprio, mas também na família, nomeadamente na relação conjugal e na capacidade de desempenhar o papel de pai (Roubinov, et al., 2014; Massoudi, et al., 2016; Ramchandani, et al., 2011; Giallo, Cooklin, Wade, D'Esposito & Nicholson, 2014; Gutierrez-Galve, Stein, Hanington, Heron & Ramchandani, 2015).

As consequências nos homens são várias, incluindo a incapacidade de assumir responsabilidades em casa e no trabalho, perda de interesse, cansaço, *stress*, ansiedade e também risco de suicídio. Os pais depressivos têm uma diminuição da sensibilidade, da cordialidade, da capacidade de resposta, ocorrendo um aumento de comportamentos hostis e a ocorrência de uma maior facilidade para a separação (Frank & Corcoran, 2018).

Quanto à relação conjugal, os homens depressivos demonstram mais rapidamente as emoções negativas nas interações com as companheiras e também se afastam em momentos de *stress* nas interações enquanto casal (Ramchandani, et al., 2011).

Ramchandani e colegas (2011) concluíram que a DPN paterna está associada a um aumento da disarmonia no casal, ocorrendo mais insatisfação, menos situações carinhosas, um aumento de críticas entre o casal, e menor confiança no sucesso do relacionamento no futuro.

Roubinov, *et al.*, (2014) reportaram que os pais depressivos tendem a desempenhar o papel parental de forma mais desajustada, apresentando menos interações e realizando menos atividades com os seus filhos, mas exibindo, por outro lado, comportamentos mais intrusivos.

O estudo realizado por Gordo e colaboradores em 2018, refere que a depressão pós-natal e o *stress* parental estão relacionados com a compreensão das competências parentais e perceção parental. As autoras deMontigny, Girard, Lacharité, Dubeau &

Devault (2013) concluem que a angústia parental e a percepção da eficácia parental também contribuem para o desenvolvimento de DPN paterna.

Alguns estudos analisaram as alterações das competências parentais resultantes de depressão pós-natal, como um dos possíveis mecanismos que provocam consequências adversas no desenvolvimento das crianças, e identificaram, entre elas, a diminuição da sensibilidade e da capacidade de resposta (Lawrence, Davies & Ramchandani, 2012 cit in Sethna, Murray, Netsi, Psychogiou & Ramchandani, 2015). O estudo de Sethna, *et al.*, (2015) conclui que os pais com DPN desde cedo exprimem menos estímulo verbal e comportamental durante as interações com os bebés. Ramchandani, e colaboradores (2011) concluíram que as crianças de pais depressivos têm níveis mais elevados de angústia e que têm uma tendência a exibirem menos gargalhadas e sorrisos.

Num estudo longitudinal de Ramchandani e colaboradores (2008), os autores concluem que as crianças cujos pais estão depressivos no período pré e pós-natal, têm um maior risco de psicopatologia aos 3 anos e meio e as crianças com 7 anos de idade de terem um diagnóstico psiquiátrico. O estudo longitudinal mais recente de Giallo, *et al.*, (2014) concluiu que homens deprimidos no período pós-natal tendiam a apresentar predominância de comportamentos de irritabilidade sobre as atitudes amorosas ou calorosas nas suas interações com os bebés, perdendo mais rapidamente a paciência e gritando frequentemente com as crianças. É importante referir que o aumento da frequência de comportamentos de hostilidade por parte dos pais se associa com uma maior propensão por parte das crianças de apresentarem dificuldades emocionais e comportamentais aos 5 anos de idade (Giallo, *et al.*, 2014).

A Depressão Pós-Natal é um problema de saúde pública porque afecta um número significativo de pais após o nascimento de um filho. Vários estudos (Ramchandani *et al.*, 2008; Ramchandani *et al.*, 2011; Roubinov *et al.*, 2014; Giallo, *et al.*, 2014; Gutierrez-Galve, *et al.*, 2015) referem que a DPN estende os seus efeitos à família, e que perdura no tempo, com impacto a curto e a longo-prazo.

É igualmente pertinente referir que os homens solicitam ajuda profissional com menos frequência do que as mulheres (Dudley, *et al.*, 2001). Swami, *et al.*, (2019) referem que os homens lidam sozinhos com a depressão, sem procurar ajuda profissional. Mas um estudo de 2006, realizado por Davey, *et al.*, concluiu

de que os homens demonstram vontade e motivação para aprender mais acerca desta problemática.

Por esse motivo, e procurando promover a prevenção e intervenção precoce, consideramos relevante fomentar a consciencialização pública sobre a DPN, sensibilizando a população acerca dos sinais apresentados pelas pessoas que sofrem de depressão após o nascimento de um filho, e combatendo qualquer estigmatização social acerca dos sintomas que poderão surgir nos homens (Swami, et al., 2019).

Alguns autores reportam a importância de elaborar instrumentos psicométricos que sejam mais adequados à avaliação da Depressão Pós-Natal nos homens (Madsen & Juhl, 2007).

Pois a não prevenção, diagnóstico e intervenção nesta problemática acarreta diversos problemas a nível individual e familiar mas também mais custos nos cuidados de saúde, como concluiu o estudo de Edoka, *et al.*, (2011).

A linha de investigação em que este estudo se insere percorreu, até ao momento, três fases: na primeira, realizou-se um estudo prospetivo de 198 mulheres (75 com anterior diagnóstico de depressão e 123 sem historial desta psicopatologia), 152 dos seus cônjuges/companheiros (33 com diagnóstico anterior de depressão e 119 sem historial de depressão) e 198 crianças. Os participantes foram acompanhados desde as 37 semanas de gravidez até aos 12 meses após o nascimento, tendo-se realizado quatro avaliações em momentos distintos (37 semanas de gestação, 2 semanas pós-natal, 6 semanas pós-natal e 12 meses pós-natal) (Gonçalves, 2010; Gonçalves, Teixeira, Monteiro, Fonseca & Areias, 2010; Monteiro 2009; Teixeira, 2011; Monteiro, Areias, Teixeira, Gonçalves & Fonseca, 2010). Seis anos mais tarde, realizou-se uma segunda fase, uma avaliação de *follow-up* em 97 das participantes anteriores, 60 companheiros e 95 crianças (45 do género feminino e 50 do género masculino) (Rocha, 2014).

Relativamente à prevalência da DPN nos homens foi possível verificar que 8% dos 152 homens apresentaram depressão durante a gravidez da companheira, 26% às duas semanas pós-natal, 8% às seis semanas pós-natal e 17% aos doze meses após o nascimento do bebé (Gonçalves, 2010; Teixeira, 2011). Seis anos após o nascimento do bebé, 2% dos 60 homens apresentavam depressão (Rocha, 2014).

Relativamente às características relacionadas com o desenvolvimento de DPN nos homens nos primeiros 12 meses após o nascimento, verificou-se (Gonçalves, 2010; Rocha, 2014):

- A depressão dos homens, às trinta e sete semanas de gravidez da companheira, que esta se encontra claramente associada a antecedentes de perturbação depressiva da companheira num período adjacente à gravidez.
- A DPN no homem às seis semanas após o nascimento do bebé, encontra-se intimamente associada ao historial depressivo da companheira previamente à gravidez, bem como ao facto da mesma evidenciar um quadro depressivo nesse período. Por outro lado, o facto do próprio homem apresentar um historial de depressão prévia aumenta a probabilidade do mesmo apresentar DPN às seis semanas após o nascimento do bebé, sendo esta associação estatisticamente significativa.
- Quanto à ocorrência de DPN nos homens um ano após o nascimento do bebé, esta encontra-se claramente associada à ocorrência desta patologia nas companheiras às seis semanas pós-parto e aos doze meses pós-parto, bem como com o facto do próprio ter manifestado depressão às seis semanas após o nascimento do bebé.
- A presença de sintomatologia ansiosa na companheira antes da gravidez está associada positivamente com o desenvolvimento de DPN nos homens.
- O desenvolvimento de DPN nos homens também está associado ao não planeamento da gravidez da companheira e também ao tipo de parto (eutócico ou distócico).
- Quanto às características de personalidade, verificou-se que os homens com características neuróticas têm 3 vezes mais probabilidade de desenvolver DPN.
- Os homens com níveis elevados de otimismo revelam menores níveis de DPN, desempenhando um papel protetor na ocorrência de DPN.
- Os homens fumadores têm maior probabilidade de desenvolver DPN, comparativamente a homens não fumadores.
- Verificamos que o consumo de fármacos pelo homem está associado à DPN.
- Os homens de classe social média baixa (classe IV) segundo os critérios do Graffar apresentam sintomas depressivos mais elevados, exceto aos 12 meses pós-natal em que os homens da classe social média (classe III) apresentam sintomatologia depressiva mais elevada.

- Verificou-se uma associação positiva e significativa entre a DPN nos homens e a ocorrência de acontecimentos de vida relevantes e com impacto negativo particularmente às 37 semanas de gestação da companheira (57.9%), às 6 semanas pós-natal (53.8%) e aos 12 meses pós-natal (50%).

2. Objetivos

Tendo em conta a revisão da literatura que realizamos sobre o impacto da DPN nos homens, a curto, médio e longo prazo, nesta fase do estudo, propusemo-nos avaliar um subgrupo de maridos/companheiros que já haviam sido seguidos anteriormente por esta linha de investigação de forma longitudinal desde a gravidez das mulheres/companheiras até ao primeiro ano de pós-parto e num *follow-up* seis anos mais tarde. Estabelecemos os seguintes objetivos para esta fase do estudo:

- (1) avaliar a existência/permanência de perturbações psicológicas nos homens,
- (2) avaliar os efeitos a longo prazo da DPN nos homens
- e (3) avaliar a perceção dos pais sobre o comportamento dos seus filhos.

3. Métodos

3.1. Participantes

Esta linha de investigação incluiu inicialmente 198 mulheres (75 com anterior diagnóstico de depressão e 123 sem historial de depressão), 152 companheiros (33 com diagnóstico anterior de depressão e 119 sem historial de depressão) e 198 bebés. Os participantes foram acompanhados desde as 37 semanas de gravidez até aos 12 meses após o parto, tendo-se realizado 4 avaliações em momentos distintos (37 semanas de gestação, 2 semanas pós-natal, 6 semanas pós-natal e 12 meses pós-natal). Seis anos após o nascimento, realizou-se uma 5ª avaliação de *follow-up*, em que foram incluídas 97 mulheres, 60 companheiros e 95 crianças.

Doze anos após o nascimento, iniciou-se a presente fase do estudo, um segundo *follow-up*, que incluiu 53 mulheres, das quais 24 apresentavam depressão aos 12 meses após o nascimento do bebé (destas 53 mulheres, 17 apresentaram depressão às 37 semanas de gravidez, 6 às 6 semanas pós-natal, 24 aos 12 meses pós-natal e 8 aos 6 anos pós-natal)

e 29 não se encontravam afetadas por esta patologia aos 12 meses após o nascimento do bebé. Para além das mulheres, o estudo também recolheu dados de 35 maridos/companheiros (destes 35 homens, 13 apresentavam depressão às 37 semanas de gravidez; 4 às 6 semanas pós-natal; 6 aos 12 meses pós-natal, sendo que aos 6 anos pós-natal nenhum homem apresentava depressão) e 53 crianças (31 do género masculino e 22 do género feminino).

É importante salientar que tentamos contactar todas as participantes de fases anteriores solicitando a sua participação para este 2º momento de *follow-up*, contudo, apenas foi possível obter a anuência de um número significativamente inferior ($N=53$), sendo a impossibilidade para as restantes devida aos seguintes fatores: mudança de contacto telefónico e morada ($N=77$), recusa em participar ($N=43$) e um caso de filhos gémeos onde se recolheu os dados, no entanto não foi incluído na amostra; o pedido renovado para participar ao longo de doze anos, e o largo período temporal envolvido foram algumas das razões invocadas pelas participantes para a recusa.

3.1.1. Caracterização dos Participantes

Apuramos 35 homens, que foram distribuídos por dois grupos diferentes (maridos de mulheres que tinham DPN aos 12 meses após o nascimento do bebé e um grupo de maridos de mulheres que não apresentavam DPN aos 12 meses após o nascimento do bebé). Assim, o grupo de maridos/companheiros de mulheres afetadas por DPN, incluiu 15 participantes com idades compreendidas entre os 36 e 58 anos ($M=47$; $DP=6.41$) e o grupo de maridos/companheiros de mulheres sem DPN, incluiu 20 participantes com idades compreendidas entre os 34 e 50 anos ($M=43.85$; $DP=4.26$).

No grupo de **maridos/companheiros de mulheres com DPN** quanto às características sociodemográficas verifica-se que todos são casados ou vivem em união de facto. No que diz respeito às habilitações literárias, constata-se que 40.0% ($n=6$) possuem o ensino superior, 26.7% ($n=4$) possuem o ensino secundário e 33.3% ($n=5$) o ensino básico. Relativamente ao estado ocupacional e ao nível profissional diversas são as categorias observadas, todas elas com igual representatividade (1 indivíduo em cada categoria profissional). Atualmente a totalidade dos participantes encontra-se empregado sendo que 60% ($n=9$) dos inquiridos referem ter vivenciado uma mudança das condições

de trabalho nestes doze anos e 13.3% ($n=2$) já estiveram desempregados. Ao analisar os hábitos tabágicos, constatou-se que somente 2 participantes referem ser fumadores (13.3%), sendo que 6 homens relatam o consumo de bebidas alcoólicas (40.0%). No que respeita à toma de medicação, verificou-se que 53.3% ($n=8$) dos participantes toma medicação com prescrição médica e nenhum toma medicação sem prescrição médica. No que concerne à prática de atividade física, 41.0% ($n=6$) são praticantes e 60% ($n=9$) referem não praticar atividade física.

No grupo de **maridos/companheiros de mulheres sem DPN** quanto às características sociodemográficas verifica-se que todos são casados ou vivem em união de facto. No que diz respeito às habilitações literárias, constata-se que 25.0% ($n=5$) possuem o ensino superior, 45.0% ($n=9$) possuem o ensino secundário e 30.0% ($n=6$) o ensino básico. Relativamente ao estado ocupacional e ao nível profissional diversas são as categorias observadas, todas elas com igual representatividade (1 indivíduo em cada categoria profissional). Atualmente a totalidade dos participantes encontra-se empregado sendo que 65% ($n=13$) dos inquiridos referem ter vivenciado uma mudança das condições de trabalho nestes doze anos e 20.0% ($n=4$) já estiveram desempregados. Ao analisar os hábitos tabágicos, constatou-se que somente 3 participantes referem ser fumadores (15.0%), sendo que 50% dos inquiridos relatam o consumo de bebidas alcoólicas. No que respeita à toma de medicação, verificou-se que 30.0% ($n=6$) dos participantes toma medicação com prescrição médica e apenas 1 toma medicação sem prescrição médica. No que concerne à prática de atividade física, 65.0% ($n=13$) são praticantes e 35.0% ($n=7$) referem não praticar atividade física.

3.2. Instrumentos de Avaliação

A bateria de avaliação é composta por um Questionário de Identificação pelo Inventário de Autoavaliação do Comportamento para Adultos (IAACA), pela Escala Hospitalar de Ansiedade e de Depressão (HADS), pelo Questionário de Suporte Social (QSS) e pela *Child Behavior Checklist* (CBCL).

3.2.1. Questionário de Identificação

O questionário de identificação foi criado para esta fase do estudo pelos autores, tendo como intuito atualizar as informações relevantes acerca dos dois elementos do casal, como: nome, morada, contactos, idade, nacionalidade, estado civil, nível escolar, profissão, situação face ao emprego, se vive com o pai do seu filho, número de filhos e idades e ainda hábitos de saúde relativamente aos últimos seis meses (hábitos alcoólicos, tabágicos e farmacológicos e se pratica algum tipo de atividade física/desporto e com que regularidade).

O entrevistador atribui ainda a cada questionário de identificação um código no âmbito da investigação, a data do preenchimento do mesmo e a sua identificação.

3.2.2. Inventário de AutoAvaliação do Comportamento para Adultos (18-59)

O Adult Self-Report (A.S.R.) é um inventário para adultos que está incluído na bateria A.S.E.B.A. (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*), foi desenvolvido por Achenbach em 1997 (Achenbach & Rescorla, 2003) intitulado Inventário de Autoavaliação do Comportamento para Adultos (IAACA). É um questionário de autorrelato de 126 itens e é utilizado para idades compreendidas entre os 18 e 59 anos. As respostas são classificadas numa escala de Likert de três pontos, 0- “Não verdadeiro”, 1- “Um pouco ou às vezes verdadeiro”, 2- “Muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro”.

O tempo de administração demora entre os 15 e 20 minutos, permitindo avaliar os problemas comportamentais, emocionais, sociais, de pensamento, uso de substâncias (álcool, drogas ou tabaco), qualidades pessoais e funcionamento adaptativo.

Podem identificar-se 8 escalas de síndromes clínicas, sendo elas: Ansiedade/Depressão, Retraimento, Queixas Somáticas, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo, Quebra de Regras e Intrusão. Estas 8 escalas podem ser agrupadas em 2 dimensões mais amplas: a Externalização que é composta pelas escalas de comportamento agressivo, quebra de regras e intrusão, enquanto que a Internalização é composta pelas escalas de ansiedade/depressão, retraimento e queixas somáticas (Achenbach & Rescorla, 2003).

O questionário também inclui itens referentes a amigos, família, cônjuge, emprego e educação. Esses itens são pontuados no perfil de funcionamento adaptativo do IAACA. Segundo Fernandes (2011), o inventário tem um *Alpha de Cronbach* de .93, as escalas de internalização e externalização de .93 e .87 respetivamente.¹

3.2.2. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) foi desenvolvida em 1983 por Zigmond e Snaith, com o objetivo de realizar deteções alargadas de sintomatologia ansiosa e depressiva em doentes com patologia física, mas que se encontravam em atendimento ambulatorio. Foi traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa, em 2007 por Pais-Ribeiro e colaboradores. Tem como objetivo avaliar a ansiedade e a depressão no contexto dos cuidados de saúde (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007). Diferencia-se de outras escalas de avaliação na população alvo a que se adapta, uma vez que não se foca em aspetos somáticos (Herman, 1997), ou seja, é permitida a sua aplicação em populações com patologias físicas, não existindo o risco de sobreposição e/ou confusão de sintomatologia física, com um diagnóstico de ansiedade e/ou depressão.

A HADS inclui catorze itens que estão divididos por duas subescalas, sete relacionados com a avaliação da depressão e sete com a avaliação da ansiedade. Estes itens são apresentados através de afirmações e o participante responde referindo-se ao modo como se sentiu durante a última semana. Existem quatro hipóteses de resposta, correspondendo a cada uma determinada pontuação, de 0 a 3 pontos, de “Concordo totalmente” a “Discordo totalmente”.

¹ IAACA: Escalas de síndromes: Ansiedade/Depressão (itens 12, 13, 14, 22, 31, 33, 34, 35, 45, 47, 50, 52, 71, 91, 103, 107, 112 e 113); Retraimento (itens 25, 30, 42, 48, 60, 65, 67, 69, 111); Queixas somáticas (itens 51, 54, 56A, 56B, 56C, 56D, 56E, 56F, 56G, 56H, 56I, 100); Problemas de Pensamento (itens 9, 18, 36, 40, 46, 63, 66, 70, 84, 85); Problemas de atenção (itens 1, 8, 11, 17, 53, 59, 61, 64, 78, 101, 102, 105, 108, 119, 121); Comportamento agressivo (itens 3, 5, 16, 28, 37, 55, 57, 68, 81, 86, 87, 95, 97, 116, 118); Comportamento delinquente (itens 6, 20, 23, 26, 39, 41, 43, 76, 82, 90, 92, 114, 117, 122); Intrusão (itens 7, 19, 74, 93, 94, 104); Outros problemas (itens 10, 21, 24, 27, 29, 32, 38, 44, 58, 62, 72, 75, 77, 79, 83, 89, 96, 99, 110, 115, 120). Escalas de Funcionamento adaptativo: Amigos (itens A, B, C e D); Companheiro(a) ((itens A+C+D+G) – (itens B+E+F+H)); Família ((itens A, B, C, D, E1, E2, E3, E4 e F)/9); Trabalho ((itens A+C) - (itens B+D+F+G+H+I)); Formação/Educação ((itens A+B+D)-(itens C+E)). Escala de uso de substâncias: Tabaco (item 124); Álcool (item 125); Drogas (item 126).

A soma dos itens permite obter os totais para as subescalas de depressão e de ansiedade, compreendidos entre 0 e 21 pontos. Mediante a pontuação obtida e o grau de severidade de depressão e de ansiedade, assume-se a seguinte classificação: de 0 a 7 “normal”, de 8 a 10 “ligeira”, de 11 a 15 “moderada” e de 16 a 21 “severa” (Pais-Ribeiro et al., 2007). De acordo com os autores (Zigmond & Snaith, 1983), o valor 8 é considerado como ponto de corte, sendo que valores inferiores representam a ausência de ansiedade e de depressão. Valores superiores a 8 sugerem a presença de uma perturbação.

A versão portuguesa – utilizada no nosso estudo – foi traduzida e adaptada por Pais-Ribeiro *et al.*, (2007) tendo sido administrada a 1322 pacientes com cancro, acidente vascular cerebral, epilepsia, doença cardíaca coronária, diabetes, distrofia miotónica, apneia obstrutiva do sono e depressão, bem como a um grupo controlo, sem patologia.

A aplicação em diversos contextos, permitiu uma análise teste-reteste, tendo-se confirmado que a escala tinha boas características de sensibilidade e de validade para avaliação da ansiedade e da depressão no contexto médico, com *Alpha de Cronbach* de .76 para a Ansiedade e de .81 para a Depressão, sendo as propriedades psicométricas similares aos de estudos realizados noutros países, podendo ser utilizada como uma medida eficaz de rastreio (Pais-Ribeiro et al., 2007).²

3.2.3. Questionário de Suporte Social (QSS)

O Questionário foi desenvolvido em 2018 e é constituído por uma questão inicial, na qual o indivíduo deve identificar as pessoas, os grupos ou as instituições que lhe tenham fornecido algum tipo de suporte nos últimos 6 meses. Posteriormente são apresentados ao participante 12 itens com diferentes tipos de suporte, em que o indivíduo deve avaliar a frequência do suporte solicitado e também identificar as pessoas, grupos ou instituições responsáveis por esse suporte.

² HADS: Ansiedade (1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13); Depressão (2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14); Itens Invertidos (1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 e 13).

3.2.4. Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL 6-18)

O Questionário de Comportamentos da Criança (*Child Behavior Checklist - CBCL*) a versão portuguesa é de Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho Lima, Machado e Gonçalves (2014) é um questionário composto por 112 itens, englobando tipos específicos de problemas comportamentais, emocionais e sociais que caracterizam crianças no período escolar, dos 6 aos 18 anos de idade, englobando também 3 questões abertas, permitindo conhecer a perceção geral dos pais ou de outros informadores que convivam com a criança/adolescente no contexto familiar (Achenbach, et al., 2014).

O Questionário deve ser preenchido individualmente, e na qual, o informador deve classificar os 112 itens relativamente aos últimos 6 meses de acordo com uma escala de Likert de três pontos: 0 – “Não verdadeiro”, 1 – “Um pouco ou às vezes verdadeiro”, 2 – “Muito verdadeiro ou Frequentemente verdadeiro”, em que posteriormente são classificadas em escalas de síndromes de acordo com o DMV-V. O item 113 permite que o informador escreva acerca de outros problemas que não tenham sido listados previamente (Achenbach, et al., 2014).

No Questionário podem ser identificadas oito escalas de síndromes: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo. Sendo agrupadas em duas dimensões: a Externalização (Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo) e a Internalização (Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Queixas somáticas) (Achenbach, et al., 2014).³

³ CBCL: Escalas de Síndromes: Ansiedade/Depressão (itens 14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112); Isolamento/Depressão (itens 5, 42, 65, 69, 75, 102, 103, 111); Queixas Somáticas (itens 47, 49, 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g); Problemas Sociais (itens 11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64, 79); Problemas de Pensamento (itens 9, 18, 40, 46, 58, 59, 60, 66, 70, 76, 83, 84, 85, 92, 100); Problemas de Atenção (itens 1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 61, 78, 80); Comportamento Delinquente (itens 2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 73, 81, 82, 90, 96, 99, 101, 105, 106); Comportamento Agressivo (itens 3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 104); Outros problemas (itens 7, 24, 44, 53, 55, 56h, 74, 77, 93, 110). Escalas de competências: Atividades (I- Número de desportos, I- Média de competência de desportos, II- N° outras atividades, II- Média de competência de outras atividades, IV- N° de trabalhos, IV- Média de competência de trabalhos); Social (III- N° Organizações, III- Média de atividade nas organizações, V- N° amigos, V- Frequência de contacto com os amigos, VI- A. Comportamento com outros, VI- B. Comportamento sozinho); Escola (VII- 1. Rendimento médio, 2. Ensino especial, 3. Repetição do ano, 4. Problemas escolares).

3.3. Desenho

Inicialmente o estudo foi longitudinal, tendo sido realizado em quatro avaliações distintas: às 37 semanas de gravidez, na 2ª semana pós-natal, na 6ª semana pós-natal e 12 meses pós-natal. A 5ª avaliação, 6 anos após o nascimento do bebé, foi um estudo de *follow-up*, onde se estudaram os efeitos da depressão pós-natal, na morbilidade psiquiátrica do casal, no ajustamento psicossocial e no desenvolvimento cognitivo da criança, após 6 anos.

A 6ª avaliação, 12 anos após o nascimento do bebé, trata-se igualmente de um estudo de *follow-up*, no qual se pretendeu avaliar a existência/permanência de perturbações psicológicas nas mães e cônjuges/companheiros; os efeitos a longo prazo da DPN nas mulheres e respetivos companheiros; avaliar a perceção das mães e dos pais sobre o comportamento dos seus filhos e ainda aferir se estes adolescentes (agora com aproximadamente 12 anos de idade) apresentam algum tipo de comprometimento ao nível do seu funcionamento psicológico.

3.4. Procedimento

Como já foi referido anteriormente, este estudo insere-se numa linha de investigação longitudinal que teve início em 2006, e constitui a terceira fase do mesmo, realizada doze anos após o nascimento das crianças.

No início do estudo, após aprovação da Comissão de Ética do Hospital de São João do Porto, ao pedido formalmente redigido, procedeu-se a um primeiro contacto na Consulta de Obstetrícia do Hospital mencionado, com mulheres grávidas e respetivos companheiros. Nesta fase, foi esclarecido o objetivo do estudo, assim como os respetivos momentos de avaliação. Recolheu-se os contactos, para às 37 semanas de gravidez, se dar início ao estudo.

Foram utilizados os seguintes procedimentos ao longo das diferentes fases:

- O primeiro contacto era realizado na consulta de Obstetrícia do Hospital de São João no Porto, sendo pedida a participação do casal para o estudo após apresentação e leitura do texto da Declaração de Consentimento Informado, explicados verbalmente os objetivos e implicações, e dada a oportunidade de colocar dúvidas e questões, assegurando os direitos dos pacientes de acordo com as convenções internacionais. Se o

casal quisesse participar, eram-lhes solicitados os dados para contacto às 37 semanas de gravidez para se realizar a primeira avaliação.

- A 1ª avaliação (37 semanas de gravidez da companheira) decorreu em alguns casos no Hospital de S. João e noutros no domicílio da família, sendo cada um dos elementos do casal abordado individualmente, com a realização da entrevista *Survey for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS-L) de *Spitzer e Endicott* (1978) e a solicitação de preenchimento dos questionários de auto-resposta *Social Support Network Inventory* (SSNI) de *Flaherty, Gaviria e Pathak*, (1983), o *Eysenck Personality Inventory* (EPI) de *Eysenck e Eysenck*, (1964), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) de *Zigmond e Snaith*, (1983), o *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) de *Cox, Holden e Sagovsky*, (1987) e o *Life Optimism Traits – Revised* (LOT-R) de *Scheier, Carver e Bridges*, (1994).

Nesta 1ª avaliação, acordou-se com o casal que, quando o bebé nascesse, dariam conhecimento do mesmo, para deste modo se poder agendar a segunda avaliação. Paralelamente à avaliação efetuada, existia um enfermeiro que, no mesmo dia, ou um dia antes, se deslocava pela manhã a casa do casal para recolher uma amostra de saliva do homem (para avaliar o cortisol na saliva), e de sangue da mulher (para avaliar os estrogénios, progesterona e cortisol).

- A 2ª avaliação, uma vez mais, era efetuada no domicílio, cerca de duas semanas após o nascimento do bebé e tinha como objetivo o preenchimento da HADS e da EPDS e a recolha por parte do enfermeiro das variáveis hormonais anteriormente referidas.

- A 3ª avaliação era realizada no domicílio, seis semanas após o nascimento. O casal respondia novamente à entrevista SADS-L e preenchia os questionários HADS e EPDS. O enfermeiro também efetuava a visita domiciliária para recolha do sangue e saliva.

- A 4ª avaliação, efetuada doze meses após o nascimento do/a bebé, em casa dos participantes, consistiu na aplicação da SADS-L a cada um dos elementos do casal, assim como na entrevista sobre acontecimentos de vida, a *Interview for Recent Life Events* (Paykel, 1997). Era-lhes solicitado igualmente que preenchessem uma vez mais a HADS e a EPDS. O enfermeiro efetuava a colheita para avaliação dos parâmetros hormonais. Procedeu-se ao registo de parâmetros selecionados relativos ao desenvolvimento físico dos bebés (perímetro cefálico, comprimento e peso), da morbilidade (número de infeções e diarreias) e do desenvolvimento psico-motor ao longo do primeiro ano de vida. Nessa

altura, realizou-se a avaliação do desenvolvimento mental com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (Griffiths, 1970).

- A 5ª avaliação foi realizada cerca de seis anos após o nascimento da criança, no domicílio da família, tendo os dois elementos do casal respondido à entrevista psiquiátrica estandardizada SADS-L e à de Acontecimentos de Vida de Paykel, bem como preenchido os questionários HADS, EPDS, o SSNI, a *Caregiver – Teacher Report Form (C –TRF 2-5 anos)* de Achenbach, (1991) e o *Child Behaviour Checklist (CBCL 1 ½ - 5 anos)* de Achenbach e Rescorla, (2000). A criança foi avaliada de novo com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (Griffiths 2–8 anos).

A presente fase de avaliação (terceira fase) foi realizada cerca de doze anos após o nascimento da criança, com início em dezembro de 2018, tendo já sido feita uma apresentação preliminar de dados (Moreira, 2019). No total, foram avaliadas 53 mulheres, 35 maridos/companheiros e 53 jovens. Contactámos telefonicamente os participantes anteriores do estudo, explicando os objetivos e procedimentos desta nova fase de estudo e solicitando a sua anuência para participar, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. Se a resposta fosse positiva, era agendada a entrevista. A recolha de dados ocorria no domicílio da família (ou noutro local apresentado como preferido) junto da mãe, do pai e da criança (embora o âmbito deste trabalho se focalize nos dados do pai), de preferência em contexto calmo e individualizado.

Inicialmente, apresentávamos o texto da Declaração de Consentimento Informado, recolhendo-se a assinatura posterior à concordância esclarecida, assegurando assim os direitos dos participantes. De seguida, era abordado individualmente e era preenchido o Questionário de Identificação para atualização dos dados do pai e uma pequena entrevista sobre acontecimentos de vida. Era-lhes igualmente solicitado que preenchessem a HADS e o Questionário de Suporte Social, e que respondessem às questões sobre o CBCL e o IAACA. O tempo de administração era variável, demorando de 60 a 90 minutos.

3.5. Métodos de análise estatística

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos recorreu-se ao programa de software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 25.0 onde foram introduzidos e analisados os dados recolhidos.

Foi utilizada a estatística descritiva para efetuar a caracterização da amostra de acordo com as questões realizadas no questionário de identificação (frequências, médias, desvios padrão e percentagens). Também se utilizou a análise descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão) de modo a comparar os valores obtidos em cada uma das escalas utilizadas com os respetivos pontos de corte para poder verificar se existem ou não situações com significado clínico. Para comparar os dois grupos em estudo e, uma vez que não estavam reunidas as condições para a utilização de uma análise paramétrica, realizámos uma análise não paramétrica, especificamente o teste Mann-Whitney.

Com o objetivo de identificar as diferenças de perceção entre a HADS (ansiedade e depressão) e as diferentes subescalas do IAACA, para ver se existia concordância de diagnóstico, recorreu-se ao coeficiente da correlação de Spearman.

Para este estudo o valor de significância estatística considerado foi $p \leq .05$.

4. Resultados

4.1.1. Sintomatologia Ansiosa e Depressiva dos pais através na HADS

Ao analisarmos os resultados obtidos na HADS (Quadro 1), verificamos que no que diz respeito à ansiedade, dos 35 participantes, 16 (45.71%) apresentavam valores de ansiedade considerados normais, 3 (8.57%) ansiedade ligeira, 13 (37.14%) ansiedade moderada sendo que 3 (8.57%) indivíduos apresentam níveis de ansiedade considerados grave. Relativamente à depressão, verificamos que 19 (54.29%) indivíduos não evidenciam sintomas depressivos e 16 (45.71%) apresentam sintomas de depressão ligeira.

Quadro 1. Medidas descritivas da HADS

		Frequência	(%)
HADS Ansiedade	Ansiedade Normal	16	45.71
	Ansiedade Ligeira	3	8.57
	Ansiedade Moderada	13	37.14
	Ansiedade Grave	3	8.57
	Total	35	100
HADS Depressão	Sem Depressão	19	54.29
	Depressão Ligeira	16	45.71
	Total	35	100

Pela análise do teste de Mann-Whitney (Quadro 2), verificamos que na subescala da ansiedade o grupo dos pais cujas mulheres não tiveram DPN apresentam mean-ranks mais elevados (*mean rank*=20.38) comparativamente com o grupo dos pais cujas mulheres tiveram DPN (*mean rank*=14.83), porém estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Quanto à subescala da depressão, o grupo dos pais cujas mulheres não tiveram DPN apresentam igualmente valores mais elevados (*mean rank*=20.83) comparativamente ao grupo de pais cujas mulheres tiveram DPN (*mean rank*=14.23), todavia estas diferenças não atingem o significado estatístico.

Quadro 2. Diferenças entre o grupo de pais cujas mulheres tiveram DPN e aqueles cujas mulheres não tiveram DPN, de acordo com o Teste de Mann-Whitney relativamente à HADS

		<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
HADS Ansiedade	presença de DPN	15	14.83	102.5	ns
	ausência de DPN	20	20.38		
HADS Depressão	presença de DPN	15	14.23	93.5	ns
	ausência de DPN	20	20.83		

4.1.2. Autoavaliação dos Pais relativamente ao seu funcionamento adaptativo de acordo com o IAACA

Tendo por objetivo compreendermos como é que os pais se percecionam ao nível do seu funcionamento adaptativo nas suas diferentes subescalas (amigos, cônjuge/companheiro, família, trabalho e educação) e problemas de comportamento (e.g. Depressão, Ansiedade, Problemas de Pensamento e de Atenção, Comportamentos Agressivos e Delinquentes), procedemos à determinação da pontuação das diferentes subescalas do IAACA.

Através da análise do Quadro 3 e, com base nos pontos de corte para as diferentes subescalas, verificamos que todas elas apresentam valores médios abaixo do ponto de corte. Estes valores revelam que os pais fazem uma autoavaliação de modo bastante positivo.

Comparando os dois grupos, verificamos que os pais cujas mulheres não tiveram DPN apresentam níveis médios superiores, comparativamente com os pais cujas mulheres tiveram DPN nas seguintes subescalas Retraimento, Queixas Somáticas, Problemas de Pensamento, Comportamento Intrusivo, Internalização e Externalização, todavia em nenhuma das subescalas se atinge o significado clínico.

No sentido de verificar se as diferenças observadas entre os dois grupos, nas diferentes subescalas do IAACA são estatisticamente significativas, realizou-se o teste de Mann-Whitney (Quadro 3). Através do mesmo, confirmamos que apesar de existirem diferenças entre os grupos, estas não atingem o significado estatístico.

Quadro 3. Medidas descritivas (N, M e DP) relativas aos resultados obtidos nas diferentes subescalas da IAACA e Teste de Mann-Whitney entre pais cujas mulheres tiveram DPN e pais cujas mulheres não tiveram DPN relativamente às subescalas do IAACA

	Pais cujas mulheres tiveram DPN				Pais cujas mulheres não tiveram DPN						
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Pontos de Corte</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Ansiedade/ Depressão	15	6.60	2.92	17.87	20	6.40	3.29	18.10	10.19	148.0	ns
Retraimento	15	2.13	2.16	16.17	20	2.65	2.30	19.38	4.44	122.5	ns
Queixas Somáticas	15	1.87	1.99	16.90	20	2.35	2.51	18.83	4.56	133.5	ns
Problemas de Pensamento	15	1.40	.82	17.07	20	1.65	1.34	18.70	4.86	136.0	ns
Problemas de Atenção	15	5.0	3.68	18.27	20	4.75	3.17	17.80	10.44	146.0	ns
Comportamento Delinquente	15	1.47	1.55	17.93	20	1.30	1.34	18.05	5.01	149.0	ns
Comportamento Agressivo	15	2.53	2.58	18.47	20	2.45	2.48	17.65	7.34	143.0	ns
Intrusivo	15	2.73	1.53	16.67	20	3.25	1.94	19.00	4.62	130.0	ns
Internalização	9	10.78	6.86	9.22	9	12.0	7.19	9.78	14.05	38.0	ns
Externalização	10	6.50	4.40	7.80	8	9.0	4.07	11.63	15.6	23.0	ns

4.1.3. Suporte Social nos Pais

Ao analisarmos o suporte social dos pais (Quadro 4), verificamos que no diz respeito ao número de pessoas consideradas na rede de suporte social no grupo de pais cujas mulheres tiveram DPN varia de 1 e 20 pessoas ($M=9.26$; $DP=5.58$) e no grupo de pais cujas mulheres não tiveram DPN varia entre 2 e 25 pessoas ($M=8.85$; $DP=5.64$).

Quanto ao apoio instrumental e apoio emocional os pais cujas mulheres não tiveram DPN apresentam níveis médios superiores tanto ao nível do suporte instrumental ($M=24.68$; $DP=7.59$) como ao nível do apoio emocional ($M=16.05$; $DP=3.88$) comparativamente com os pais cujas mulheres tiveram DPN no suporte instrumental ($M=23.67$; $DP=5.20$) e no suporte emocional ($M=14.47$; $DP=3.16$).

Quadro 4. Medidas descritivas (N, Mín, Máx, M e DP) entre pais cujas mulheres tiveram DPN e pais cujas mulheres não tiveram DPN relativamente ao Suporte Social

	Suporte Social	<i>N</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Pais cujas mulheres tiveram DPN	Nº de Pessoas	15	1	20	9.26	5.58
	Apoio Instrumental	15	16	35	23.67	5.20
	Apoio Emocional	15	10	20	14.47	3.16
Pais cujas mulheres não tiveram DPN	Nº de Pessoas	20	2	25	8.85	5.64
	Apoio Instrumental	19	8	35	24.68	7.59
	Apoio Emocional	19	6	20	16.05	3.88

Pela análise do teste de Mann-Whitney (Quadro 5), verificámos que no apoio instrumental os pais cujas mulheres não tiveram DPN apresentam *mean ranks* mais elevados (*mean rank*= 18.53) o mesmo acontece no apoio emocional (*mean rank*= 19.82) comparativamente aos pais cujas mulheres tiveram DPN, porém as diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 5. Teste de Mann-Whitney, entre pais cujas mulheres tiveram DPN e pais cujas mulheres não tiveram DPN, relativamente ao Suporte Social

		<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Apoio Instrumental	presença de DPN	15	16.20	123.0	ns
	ausência de DPN	19	18.53		
Apoio Emocional	presença de DPN	15	14.57	98.5	ns
	ausência de DPN	19	19.82		

4.1.4. Perceção dos Pais sobre os problemas, comportamentos e competências das crianças na CBCL

Com o objetivo de compreendermos como é que os pais percecionam os problemas, comportamentos e competências dos filhos, procedemos à determinação da pontuação das diferentes subescalas da CBCL. Através da análise do Quadro 6 e, com base nos pontos de corte para as diferentes subescalas, verificamos que todas elas apresentam valores médios abaixo do ponto de corte, quer para os pais cujas mulheres tiveram DPN quer para os pais cujas mulheres não tiveram DPN. Estes valores revelam que os pais percecionam os comportamentos, atitudes e competências dos filhos de modo bastante positivo.

Realizando uma análise inter-grupos, verificou-se que o grupo de pais cujas mulheres não tiveram DPN apresenta níveis médios superiores, comparativamente com os pais cujas mulheres tiveram DPN nas subescalas ansiedade/depressão ($M=5.30$; $DP=2.93$), queixas somáticas ($M=1.50$; $DP=1.46$) problemas sociais ($M=2.05$; $DP=1.60$), problemas de pensamento ($M=1.84$; $DP=1.70$) problemas de atenção ($M=4.30$; $DP=4.01$), comportamento delinvente ($M=1.65$; $DP=2.18$), comportamento agressivo ($M=4.50$; $DP=4.27$), outros problemas ($M=4.10$; $DP=3.14$), na dimensão internalização ($M=9.35$; $DP=5.16$) e na dimensão externalização ($M=6.15$; $DP=6.20$), contudo estes valores não atingem o significado clínico.

Na subescala isolamento/depressão são os pais cujas mulheres tiveram DPN que apresentam níveis médios mais elevados ($M=3.00$; $DP=2.64$), comparativamente com os pais cujas mulheres não tiveram DPN, todavia estes valores não atingem o significado clínico.

Objetivando verificar se as diferenças observadas entre os dois grupos nas diferentes subescalas da CBCL são estatisticamente significativas, realizou-se o teste de Mann-Whitney (Quadro 6). Através do mesmo, verificamos que os pais cujas mulheres não tiveram DPN apresentam valores mais elevados na subescala problemas sociais ($mean\ rank=20.88$), comparativamente com o grupo dos pais cujas mulheres tiveram DPN ($mean\ rank=14.77$), sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($U=92.5$; $p=0.048$).

Quadro 6. Medidas descritivas (N, M e DP) relativas aos resultados obtidos nas diferentes subescalas da CBCL e Teste de Mann-Whitney entre pais cujas mulheres tiveram DPN e pais cujas mulheres não tiveram DPN relativamente às subescalas da CBCL

	Pais cujas mulheres tiveram DPN				Pais cujas mulheres não tiveram DPN				Pontos de Corte	U	p
	N	M	DP	Mean Rank	N	M	DP	Mean Rank			
Ansiedade/ Depressão	15	4.60	3.18	16.83	20	5.30	2.93	18.88	7.31	132.5	ns
Isolamento/ Depressão	15	3.00	2.64	18.80	20	2.55	2.03	17.40	4.55	138.0	ns
Queixas Somáticas	15	.66	.81	14.70	20	1.50	1.46	20.48	3.99	100.5	ns
Problemas Sociais	15	1.00	1.06	14.17	20	2.05	1.60	20.88	4.39	92.5	.048*
Problemas de Pensamento	15	1.80	2.00	16.83	19	1.84	1.70	18.03	4.05	132.5	ns
Problemas de Atenção	15	3.93	3.59	17.63	20	4.30	4.01	18.28	7.62	144.5	ns
Comportamento Delinquente	15	1.33	1.29	18.03	20	1.65	2.18	17.98	4.01	149.5	ns
Comportamento Agressivo	15	3.33	2.96	16.67	20	4.50	4.27	19.00	8.81	130.0	ns
Outros Problemas	15	2.86	1.99	16.17	20	4.10	3.14	19.38	5.48	122.5	ns
Internalização	15	8.26	5.66	17.40	20	9.35	5.16	18.45	14.45	141.0	ns
Externalização	15	4.66	3.47	17.20	20	6.15	6.20	18.60	12.34	138.0	ns

*p<0.05

4.1.5. Diferenças de percepção entre a HADS e as diferentes subescalas do IAACA entre pais cujas mulheres tiveram DPN e pais cujas mulheres não tiveram DPN

Quando analisamos o grau de associação entre as subescalas da HADS e do IAACA (Quadro 7), para o grupo dos pais cujas mulheres tiveram DPN, verificamos que a HADS ansiedade correlaciona-se de modo positivo, moderado a forte e estatisticamente significativo com a subescala queixas somáticas ($r=.810$; $p<0.01$), com os problemas de atenção ($r=.637$; $p<0.05$). A subescala HADS ansiedade correlaciona-se de modo negativo fraco e não estatisticamente significativo com as subescalas retraimento, intrusivo e externalização. Quanto à subescala depressão da HADS esta correlaciona-se de modo positivo, moderado e estatisticamente significativo com a subescala queixas somáticas ($r=.717$; $p<0.01$). Correlaciona-se de modo negativo fraco e não estatisticamente significativo com as subescalas retraimento, comportamento delinvente, intrusivo, internalização e externalização.

No que diz respeito ao grupo dos pais cujas mulheres não tiveram DPN e, no que diz respeito à subescala ansiedade da HADS, esta correlaciona-se de modo negativo fraco e não estatisticamente significativo com todas as subescalas do IAACA, exceto com a internalização em que se correlaciona de modo positivo moderado e estatisticamente significativo ($r=.693$; $p<0.05$). Correlaciona-se igualmente de modo positivo com a subescala externalização, todavia sem atingir o significado estatístico. A subescala HADS depressão não se correlaciona de modo estatisticamente significativo com nenhuma das subescalas do IAACA, sendo que se correlaciona de modo negativo fraco a muito fraco com as subescalas ansiedade/depressão, comportamento agressivo, comportamento delinvente e intrusivo. Com as restantes subescalas (retraimento, queixas somáticas, problemas de pensamento, problemas de atenção, internalização e externalização) correlaciona-se de modo positivo fraco e não estatisticamente significativo.

Em suma, verificamos que no grupo dos pais cujas mulheres tiveram DPN os resultados obtidos na HADS ansiedade apenas se relacionam com as subescalas queixas somáticas e problemas de atenção do IAACA, sendo que na HADS depressão apenas se relacionam com as queixas somáticas. No grupo dos pais cujas mulheres não tiveram DPN apenas verificamos uma relação entre a HADS ansiedade e a subescala internalização do IAACA. Não se estabeleceu nenhuma relação entre a HADS depressão e o IAACA.

Quadro 7. Correlação de Spearman entre pais cujas mulheres tiveram DPN e pais cujas mulheres não tiveram DPN, relativamente à ansiedade e depressão da HADS e as subescalas do IAACA

	Pais cujas mulheres tiveram		Pais cujas mulheres não tiveram	
	DPN		DPN	
	HADS	HADS	HADS	HADS
	Ansiedade	Depressão	Ansiedade	Depressão
Ansiedade/Depressão	.203	.267	-.021	-.032
Retraimento	-.074	-.036	-.101	.045
Queixas Somáticas	.810**	.717**	-.008	.080
Problemas Pensamento	.261	.134	-.026	.013
Problemas de Atenção	.637*	.446	-.001	.128
Comportamento				
Agressivo	.030	.196	-.133	-.109
Comportamento				
Delinquente	.108	-.068	-.169	-.227
Intrusivo	-.049	-.083	-.379	-.302
Internalização	.362	-.051	.693*	.578
Externalização	-.560	-.428	.139	.088

*p<0.05 **p<0.01

5. Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos: avaliar a existência/permanência de perturbações psicológicas nos homens; avaliar os efeitos a longo prazo da DPN nos homens e avaliar a percepção dos pais sobre o comportamento dos seus filhos.

Relativamente ao funcionamento psicológico medido pelo IAACA verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo de pais cujas mulheres tiveram DPN e o grupo de pais cujas mulheres não tiveram DPN. É importante salientar também que os valores obtidos em ambos os grupos nas diferentes subescalas estão abaixo do ponto de corte, ou seja, os resultados não apresentam significado clínico. Porém o grupo de pais cujas mulheres não tiveram DPN apresentam níveis superiores em todas as subescalas do IAACA, exceto nas subescalas problemas de atenção e comportamento delinquente comparativamente ao grupo de pais cujas mulheres tiveram DPN, sendo que os valores não são estatisticamente significativos, nem têm representação clínica. Os resultados não vão de encontro com o que a literatura nos indica, pois os homens com DPN manifestam maiores níveis de agressividade, impulsividade, irritabilidade e raiva, perda de interesse, cansaço, *stress*, ansiedade, diminuição da sensibilidade da cordialidade, da capacidade de resposta, ocorrendo também um aumento de comportamentos hostis (Ramchandani, et al., 2011; Frank & Corcoran, 2018). Os nossos resultados poderão ser explicados pelo facto de os grupos terem sido constituídos tendo por base a DPN da mulher/companheira aos 12 meses pós-natal e não o diagnóstico de DPN no homem. Como já foi referido anteriormente, dos 35 homens avaliados nenhum apresentava DPN aos 6 anos pós-natal e apenas 6 apresentavam DPN aos 12 meses pós-natal.

Saliente-se ainda que considerando a HADS na subescala ansiedade, 8.57% dos 35 participantes apresentam ansiedade ligeira, 37.14% ansiedade moderada e 8.57% ansiedade grave. Quanto à subescala depressão da HADS, 45.71% apresentam depressão ligeira. Porém na comparação entre os dois grupos, os pais cujas mulheres não tiveram DPN apresentam valores mais elevados nas duas subescalas da HADS, mas sem significância estatística.

Verificamos também que a subescala ansiedade da HADS se associa de modo positivo e significativo com as queixas somáticas e problemas de atenção. A subescala depressão da HADS apenas que se associa com as queixas somáticas, isto no grupo de pais cujas mulheres tiveram DPN. No grupo de pais cujas mulheres não tiveram DPN só se verifica uma associação positiva e significativa entre a subescala ansiedade e internalização.

Quanto à percepção dos pais acerca do comportamento dos filhos, verificamos que existem diferenças entre os grupos, mas apenas a subescala problemas sociais é estatisticamente significativa no grupo de pais cujas mulheres não tiveram DPN. Estes resultados não vão de encontro com o que nos indica a literatura, pois as crianças tendem a apresentar um comportamento opositor, hiperatividade, problemas de conduta e dificuldades/problemas com os pares, dificuldades emocionais, comportamentais e apresentarem níveis mais elevados de angústia (Ramchandani, et al., 2008; Giallo, et al., 2014; Ramchandani, et al., 2011).

O estudo desenvolvido por Gonçalves (2010), verificou que o facto de se ser companheiro de mulher com história de depressão major, é uma variável importante na manifestação de depressão no homem, quer às trinta e sete semanas de gravidez da companheira, quer após o nascimento do bebé. Homens companheiros de mulheres com história de depressão major foram diagnosticados, em termos estatisticamente significativos, como tendo depressão no período após o nascimento do bebé. Os dois grupos evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de DPN às seis semanas e um ano após o nascimento do bebé, sendo que o grupo de companheiros de mulheres com história de depressão major apresentaram valores médios superiores, comparativamente ao grupo de companheiros de mulheres sem qualquer antecedente psiquiátrico. Quanto à ocorrência de DPN nos homens um ano após o nascimento do bebé, esta encontra-se claramente associada à ocorrência desta patologia nas companheiras às seis semanas pós-parto e aos doze meses pós-parto, bem como com o facto de o próprio ter manifestado depressão às seis semanas após o nascimento do bebé. Independentemente do momento, é notória a relação que se verifica entre a ocorrência de depressão paterna e depressão materna.

O nosso estudo não nos permitiu corroborar os resultados de Gonçalves (2010), o que poderá dever-se á redução significativa dos participantes desde o início da investigação,

podendo ser considerada uma das limitações do nosso estudo. Volvidos doze anos, o número de participantes reduziu dos 152 iniciais para 35, devido a desistências e a perdas de informações que impediram retomar o contato. Por outro lado, os 35 participantes avaliados foram divididos em dois grupos, tendo por base o diagnóstico de depressão da mulher/companheira obtido na SADS-L aos 12 meses pós-parto, contudo aos 6 anos pós-parto apenas 8 destas mulheres apresentavam diagnóstico de depressão de acordo com a SADS-L. Este facto poderá, em parte, explicar a falta de significância estatística dos nossos resultados, bem como a falta de significado clínico.

Por outro lado, as dificuldades práticas inerentes a um estudo longitudinal conduziram a que os grupos em estudo apresentassem características um pouco heterogéneas, contendo um número diferente de sujeitos.

Contudo e, apesar das limitações referidas, o estudo por nós desenvolvido constituiu-se como uma mais valia dado o período de tempo envolvido no seguimento dos casais, e dada a escassez de estudos longitudinais acerca DPN nos homens.

Deste modo e, dada a relevância da temática a consciencialização e sensibilização da população acerca da DPN nos homens é crucial. É também necessário encontrar um modo de poder auxiliar os pais e as respetivas famílias que sofrem com esta problemática, sendo fundamental a elaboração de instrumentos psicométricos para avaliar a depressão pós-natal nos homens. Finalmente e da nossa experiência, é importante tentar perceber a melhor forma de envolver os homens na participação em programas de investigação, sem estes se sentirem estigmatizados.

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M., & Rescorla L. A. (2003). Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles. Burlington. VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar. Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores*. Psiquilibrios Edições.
- Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996a). 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*, pp. 30-35.
- Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996b). Correlates of Postnatal Depression in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry*, pp. 36-41.
- ASEBA. (2019). Obtido de Adults (ABCL, ASR, BPM/18-59): <https://aseba.org/adults/>
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An Updated Literature Review. *Journal of Psychosomatic Research*, pp. 69-77.
- Davey, S. J., Dziurawiec, S., & O'Brien-Malone, A. (2006). Men's Voices: Postnatal Depression From the Perspective of Male Partners. *Qualitative Health Research*, 16(2), pp. 206-220. doi:10.1177/1049732305281950
- deMontigny, F., Girard, M.-E., Lacharité, C., Dubeau, D., & Devault, A. (2013). Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 150, pp. 44-49. doi:10.1016/j.jad.2013.01.048
- Dudley, M., Roy, K., Kelk, N., & Bernard, D. (2001). Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of*

Reproductive and Infant Psychology, 19(3), pp. 187-202.
doi:10.1080/02646830124397

- Edoka, I. P., Petrou, S., & Ramchandani, P. G. (2011). Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders*, 133, pp. 356-360. doi:10.1016/j.jad.2011.04.005
- Fernandes, S. A. (2011). *Aferição do Adult Self Report, na sua versão traduzida para português, para a população portuguesa*. Tese de Mestrado, Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte.
- Frank, L., & Corcoran, P. (2018). Paternal Postnatal Depression in Ireland: Prevalence and Associated Factors. *Midwifery*. doi:10.1016/j.midw.2017.10.009
- Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D'Esposito, F., & Nicholson, J. M. (2014). Fathers' Postnatal Mental Health and Child WellBeing at Age Five: The Mediating Role of Parenting Behavior. *Journal of Family Issues*, 35(11), pp. 1543-1562. doi:10.1177/0192513X13477411
- Gonçalves, M. (2010). *Aspectos Psicossociais e Neuro-Humorais da Depressão Pós-Natal no Homem*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto, Porto.
- Gonçalves, M.P., Teixeira, F., Monteiro, A., Fonseca, E., & Areias, M.E.G. (2010). Postnatal Depression in Mothers and Fathers: correlation with psychosocial and hormonal variables. *Arch Womens Ment Health*, 14(1), S24., doi 10.1007/s00737-010-0203-1.
- Gordo, L., Oliver-Roig, A., Martínez-Pampliega, A., Elejalde, L. I., Fernández-Alcantara, M., & Richart-Martínez, M. (2018). Parental perception of child vulnerability and parental competence: The role of postnatal depression and parental stress in fathers and mothers. *PloS one*, pp. 1-13. doi:10.1371/journal.pone.0202894
- Gutierrez-Galve, L., Stein, A., Hanington, L., Heron, J., & Ramchandani, P. (2015). Paternal Depression in the Postnatal Period and Child Development: Mediators and Moderators. *Pediatrics*, 135(2), pp. 339-347. doi:10.1542/peds.2014-241

- Herman, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Turner, L. V., Ahmeti-Pronaj, A., Au, A., . . . Zasepa, E. (2015). Syndromes of Self-Reported Psychopathology for Ages 18–59 in 29 Societies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(2), pp. 171-183. doi:10.1007/s10862-014-9448-8
- Luoma, I., Puura, K., Mäntymaa, M., Latva, R., Salmelin, R., & Tamminen, T. (2013). Fathers postnatal depressive and anxiety symptoms: An exploration of links with paternal, maternal, infant and family factors. *Nord J Psychiatry*, 67, pp. 407–413. doi:10.3109/08039488.2012.752034
- Madsen, S. A., & Juhl, T. (2007). Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *jmhg*, 4(1), pp. 26-31.
- Massoudi, P., Hwang, C. P., & Wickberg, B. (2016). Fathers' depressive symptoms in the postnatal period: Prevalence and correlates in a population-based Swedish study. *Scandinavian Journal of Public Health*, pp. 688–694. doi:10.1177/1403494816661652
- Monteiro, A. G. (2011). *Depressão Parental e seus Efeitos no Desenvolvimento Cognitivo, Psicomotor, Físico e de Saúde dos Bebés no Primeiro Ano de Vida*. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto , Porto.
- Monteiro, A., Areias, M.E.G., Teixeira, F., Gonçalves, M.P., & Fonseca, E. (2010). Impact of Parental Depression over Cognitive and Psychomotor Development of Babies during the First Year of Life. *Arch Womens Ment Health*, 14(1), S76. doi 10.1007/s00737-010-0203-1.
- Moreira, D. C. (2019). *As implicações da Depressão Pós-Natal Estudo de Follow-up*. Tese de Mestrado, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra.

- Nishimura, A., & Ohashi, K. (2010). Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nursing and Health Sciences*, 12, pp. 170-176. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00513.x
- Nishimura, A., Fujita, Y., Katsuta, M., Ishihara, A., & Ohashi, K. (2015). Paternal postnatal depression in Japan: an investigation of correlated factors including relationship with a partner. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, pp. 1-8. doi:10.1186/s12884-015-0552-x
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), pp. 225-237. doi:10.1080/13548500500524088
- Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L., & Stein, A. (2008). The effects of pre and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), pp. 1069-1078. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02000.x
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., & Lodder, A. (2011). Paternal Depression: An Examination Of The Links With Father, Child And Family Functioning In The Postnatal Period. *Depression and Anxiety*, 28, pp. 471-477.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Turner, L. V., Althoff, R. R., Árnadóttir, H. A., . . . Zasepa, E. (2016). Problems and Adaptive Functioning Reported by Adults in 17 Societies. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 5(2), pp. 91-109. doi:10.1037/ipp0000046
- Rocha, J. L. (2014). *Depressão Pós-natal - Morbilidade psiquiátrica no casal, desenvolvimento cognitivo e ajustamento psicossocial na criança*. Tese de Mestrado, Instituto Superior Ciências da Saúde - Norte, Gandra.
- Roubinov, D. S., Luecken, L. J., Crnic, K. A., & Gonzales, N. A. (2014). Postnatal depression in Mexican American fathers: demographic, cultural, and familial predictors. *J Affect Disord*, pp. 1-19. doi:10.1016/j.jad.2013.09.038

- Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiou, L., & Ramchandani, P. G. (2015). Paternal Depression in the Postnatal Period and Early Father–Infant Interactions. *Parenting: Science And Practice*, 15, pp. 1-8. doi:10.1080/15295192.2015.992732
- Swami, V., Barron, D., Smith, L., & Furnham, A. (2019). Mental health literacy of maternal and paternal postnatal (postpartum) depression in British adults. *Journal of Mental Health*. doi:10.1080/09638237.2019.1608932
- Teixeira, F. (2011). *La Depresión Postnatal en las Mujeres: Etiología y Consecuencias Psicosociales*. Tese de Doutoramento, Universidade de Valência, Valencia.
- Teixeira, F., Gonçalves, M.P., Monteiro, A., Fonseca, A., & Areias, M.E.G. (2010). Incidence and prevalence of Depression in women and men, during Pregnancy and after Childbirth: Comparing the likelihood to be depressed in subsamples of previously severely depressed and without history of depression. *Arch Womens Ment Health*, 14(1), S53, doi 10.1007/s00737-010-0203-1.
- Wee, K. Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B., & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante and postnatal depression in fathers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 130, pp. 358-377. doi:10.1016/j.jad.2010.06.019
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), pp. 361-370.

Anexos

Anexo I

Enquadramento da Investigação

Código:
Data: ____/____/____
Código do/a avaliador/a:

A Depressão Pós-Natal é uma perturbação que ocorre num elevado número de casais a seguir ao nascimento de um filho e que tem um impacto significativo sobre a saúde psicológica e o ajustamento das famílias.

Na sequência da sua importante colaboração anterior, gostaríamos de lhe solicitar que participasse nesta fase de seguimento das famílias que permitirá analisar, de forma científica, as consequências de longo prazo da perturbação, planeando as estratégias e os recursos comunitários que devem estar disponíveis para melhor ajudar as pessoas afetadas.

Como anteriormente referimos, este estudo obedece a uma estrita salvaguarda da confidencialidade dos dados recolhidos, associados a um código apenas conhecido pelos investigadores. No entanto se, mais tarde, quiser dispor de informação clínica recolhida no decurso do estudo, garantimos a nossa disponibilidade para o fazer.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo II

Questionário de Identificação



Código: _____
Data: ____/____/____
Código do/a avaliador/a: _____

Atualização de Dados (Pa)²

Nome : _____
Morada: _____
Localidade: _____ Contacto: _____
Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____
Nível Escolar: _____ Profissão: _____
Situação face a emprego: _____

Hábitos e Saúde (últimos seis meses)

	Não	Sim	
Fuma?			Quantos cigarros por dia?
Bebe bebidas alcoólicas? Quais: _____			Quantidade por dia?
Toma medicação com prescrição? Qual : _____			Quantidade por dia?
Toma medicação sem prescrição? Qual : _____			Quantidade por dia?
Consome outras substâncias psicoativas Quais: _____			Quantidade por dia?
Faz algum desporto ou tem alguma atividade física?			Com que regularidade?
Observações			

² Preencher previamente toda a informação disponível no processo.

Anexo III

Inventário de autoavaliação do comportamento para adultos (IAACA)

Abaixo encontra-se uma lista de frases que descrevem as pessoas. Por favor responda a todas as frases, mesmo que algumas pareçam não se lhe aplicar. Para cada frase, coloque uma cruz (X) no 0, 1 ou 2 para se descrever a si próprio nos últimos 6 meses.

o- Não Verdadeiro; 1- Um Pouco ou às Vezes Verdadeiro; 2- Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro

IAACA										
1	0	1	2	Sou muito esquecido/a	34	0	1	1	2	Sinto que estão sempre a tentar apagar-me em falta
2	0	1	2	Aproveito as oportunidades quando surgem	35	0	1	1	2	Sinto-me inútil ou inferior
3	0	1	2	Discuto muito	36	0	1	1	2	Sou propenso/a a acidentes
4	0	1	2	Dou o melhor de mim, esforço-me ao máximo	37	0	1	1	2	Envolvo-me em muitos conflitos e brigas
5	0	1	2	Culpo os outros pelos meus problemas	38	0	1	1	2	As minhas relações com os vizinhos são más
6	0	1	2	Consumo drogas (que não álcool/tabaco) para fins não medicinais:	39	0	1	1	2	Dou-me com pessoas que se metem em problemas/sarilhos
7	0	1	2	Sou brincalhão/brincalhona	40	0	1	1	2	Oigo sons/vozes que não existem:
8	0	1	2	Tenho problemas de concentração ou a prestar atenção durante muito tempo	41	0	1	1	2	Sou impulsivo/a ou faço coisas sem pensar
9	0	1	2	Não consigo afastar da minha mente alguns pensamentos:	42	0	1	1	2	Prefiro estar sozinho/a do que conviver
10	0	1	2	Não consigo estar sentado/a, quieto, durante muito tempo	43	0	1	1	2	Minto ou engano os outros
11	0	1	2	Dependo muito dos outros	44	0	1	1	2	Sinto-me sufocado/a pelas responsabilidades
12	0	1	2	Sinto-me só	45	0	1	1	2	Sou nervoso/a, tenso/a
13	0	1	2	Sinto-me confuso/a, não consigo pensar claramente	46	0	1	1	2	Tenho movimentos nervosos ou contrações corporais:
14	0	1	2	Choro muito	47	0	1	1	2	Tenho baixa autoconfiança
15	0	1	2	Sou muito honesto/a	48	0	1	1	2	As pessoas não gostam de mim
16	0	1	2	Sou mesquinho/a, mau para com os outros	49	0	1	1	2	Consigo fazer algumas coisas melhor que os outros
17	0	1	2	Sonho muito acordado/a, perco-me facilmente nos meus pensamentos	50	0	1	1	2	Sinto-me ansioso/a e amedrontado/a
18	0	1	2	Auto injurio-me ou tento suicidar-me	51	0	1	1	2	Sinto-me tonto/a ou com a cabeça vazia
19	0	1	2	Tento que me deem muita atenção	52	0	1	1	2	Sinto-me muito culpado/a
20	0	1	2	Destruo ou estrago os meus pertences	53	0	1	1	2	Tenho dificuldades em planear o futuro
21	0	1	2	Destruo ou estrago os pertences dos outros	54	0	1	1	2	Sinto-me cansado/a sem razão
22	0	1	2	Preocupo-me com o meu futuro	55	0	1	1	2	O meu humor varia entre exaltação e depressão
23	0	1	2	Quebro regras no meu local de trabalho ou noutros locais	56	0	1	1	2	Problemas físicos sem causa médica conhecida:
24	0	1	2	Não me alimento tão bem quanto devia	a	0	1	1	2	Dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça)
25	0	1	2	Não me dou bem com os outros	b	0	1	1	2	Dores de cabeça
26	0	1	2	Não me sinto culpado/a após ter feito algo que não devia	c	0	1	1	2	Náusea, sensação de enjoo
27	0	1	2	Tenho ciúmes dos outros	d	0	1	1	2	Problemas de visão (não incluir os corrigíveis com óculos) descreva
28	0	1	2	Dou-me mal com a minha família	e	0	1	1	2	Erupções na pele ou outros problemas de pele
29	0	1	2	Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares:	f	0	1	1	2	Dores de estômago
30	0	1	2	As minhas relações com o sexo oposto são más	g	0	1	1	2	Vômitos
31	0	1	2	Receio pensar ou fazer algo de mau ou errado	h	0	1	1	2	Coração aos saltos, acelerado
32	0	1	2	Sinto que devo ser perfeito/a	i	0	1	1	2	Formigueiros, adormecimento em diferentes partes do corpo
33	0	1	2	Sinto que ninguém gosta de mim	57	0	1	1	2	Agriço fisicamente as pessoas

Código: _____
Data: _____
Código do/a avaliador/a: _____

58	0	1	2	Tiro/arranco pele ou outras partes do corpo	91	0	1	2	Penso em suicidar-me
59	0	1	2	Não consigo terminar as tarefas	92	0	1	2	Faço coisas que me podem levar a ter problemas com a lei:
60	0	1	2	Há poucas coisas de que goste	93	0	1	2	Faço demasiado
61	0	1	2	A minha produtividade no trabalho é baixa	94	0	1	2	Implico muito com os outros
62	0	1	2	Sou descoordenado/a ou desajeitado/a em termos motores	95	0	1	2	Tenho mau feito, mau génio
63	0	1	2	Prefiro as pessoas mais velhas à da minha idade	96	0	1	2	Penso muito em sexo
64	0	1	2	Tenho dificuldade em estabelecer prioridades	97	0	1	2	Ameaço fisicamente as pessoas
65	0	1	2	Recuso-me a falar	98	0	1	2	Gosto de ajudar as pessoas
66	0	1	2	Repito alguns atos vezes sem conta:	99	0	1	2	Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio
67	0	1	2	Tenho problemas em fazer ou manter amizades	100	0	1	2	Tenho problemas de sono
68	0	1	2	Grito ou berro muito	101	0	1	2	Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias
69	0	1	2	Sou reservado/a, quando as coisas para mim mesmo	102	0	1	2	Não tenho muita energia
70	0	1	2	Vejo coisas que não existem:	103	0	1	2	Sinto-me triste, infeliz, deprimido/a
71	0	1	2	Sinto-me constrangido/a ou embaraçado/a facilmente	104	0	1	2	Sou barulhento/a, falo alto
72	0	1	2	Preocupo-me com a minha família	105	0	1	2	As pessoas acham-me desorganizado/a
73	0	1	2	Cumpro as responsabilidades que tenho perante a minha família	106	0	1	2	Tento ser honesto/a com os outros
74	0	1	2	Exibo-me muito ou faço palhaçadas	107	0	1	2	Sinto que não consigo obter sucesso em nada
75	0	1	2	Sou muito tímido/a ou envergonhado/a	108	0	1	2	Tenho tendência a perder coisas
76	0	1	2	Tenho um comportamento irresponsável	109	0	1	2	Gosto de experimentar coisas novas
77	0	1	2	Durmo mais do que a maioria das pessoas durante o dia/noite:	110	0	1	2	Quem me dera ser do sexo oposto
78	0	1	2	Tenho dificuldades em tomar decisões	111	0	1	2	Afasto-me do convívio com outras pessoas
79	0	1	2	Tenho problemas de fala / comunicação:	112	0	1	2	Preocupo-me muito
80	0	1	2	Luto pelos meus direitos	113	0	1	2	Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto
81	0	1	2	O meu comportamento é inconstante, instável	114	0	1	2	Não pago as minhas contas nem assumo responsabilidades financeiras
82	0	1	2	Roubo	115	0	1	2	Sinto-me inquieto/a ou irrequieto/a
83	0	1	2	Aborrego-me, sinto tédio com facilidade	116	0	1	2	Aborrego-me, entedio-me facilmente
84	0	1	2	Faço coisas que os outros acham estranhas:	117	0	1	2	Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito
85	0	1	2	Tenho pensamentos que os outros acham estranhos:	118	0	1	2	Sou demasiado impaciente
86	0	1	2	Sou teimoso/a, obstinado/a, rabugento/a, amado/a ou irritável	119	0	1	2	Não sou bom com pormenores
87	0	1	2	Os meus sentimentos ou o meu humor mudam repentinamente	120	0	1	2	Conduzo demasiado rápido
88	0	1	2	Gosto de conviver	121	0	1	2	Costumo atrasar-me para reuniões/encontros
89	0	1	2	Ajo sem pensar nos riscos	122	0	1	2	Tenho dificuldade em manter um emprego
90	0	1	2	Bebo muito álcool ou fico embriagado/a	123	0	1	2	Sou uma pessoa feliz
124	Nos últimos 6 meses, quantas vezes funou por dia (incluindo tabaco de mascar)? ___ vezes por dia				126	Nos últimos 6 meses, quantos dias se embriagou? ___ dias			
	Nos últimos 6 meses, quantos dias se embriagou? ___ dias					Nos últimos 6 meses, quantas vezes tomou drogas sem fins terapêuticos (incluindo maquiagem, cocaína, e outras drogas, excluindo álcool e nicotina)? ___ dias			

Código: _____
Data: ____/____/____
Código do/a avaliador/a: _____

AMIGOS									
Aproximadamente, quantos amigos próximos tem? (Não inclua familiares)					Como se dá com os seus amigos próximos?				
A					C				
Nenhum					Não tão bem quanto gostaria				
1					Medianamente				
2 ou 3					Acima da média				
4 ou mais					Muito acima da média				
B					D				
Aproximadamente, quantas vezes por mês tem contacto com amigos próximos? (inclua contactos pessoais, por telefone, cartas, e-mail)					Aproximadamente, quantas vezes por mês alguns amigos ou familiares o/a visitam?				
Menos 1					Menos de 1				
1 ou 2					1 ou 2				
3 ou 4					3 ou 4				
5 ou mais					5 ou mais				

CÔNJUGE OU COMPANHEIRO															
Qual o seu estado civil?		<input type="checkbox"/> Nunca fui casado (a)		<input type="checkbox"/> Casado(a) a viver com o cônjuge		<input type="checkbox"/> Vívoo(a)		<input type="checkbox"/> Casado(a), mas separado do cônjuge		<input type="checkbox"/> Divorciado(a)		<input type="checkbox"/> Outro – por favor descreva: _____			
Alguma vez nos últimos 6 meses, viveu com o cônjuge ou com um/a companheiro/a?															
<input type="checkbox"/> Não – Por favor passe à frente															
<input type="checkbox"/> Sim – Rodeie com um círculo os algarismos 0, 1 ou 2 entre A e H para descrever a sua relação durante os últimos 6 meses															
o=Não Verdadeiro 1=Um pouco ou às Vezes Verdadeiro 2=Freqüentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro															
0	1	2	A. Eu dou-me bem com o meu cônjuge ou companheiro(a)	0	1	2	E. Discordo do meu cônjuge ou companheiro(a) quanto ao local onde vivemos	0	1	2	F. Tenho problemas com a família do meu cônjuge ou companheiro(a)	0	1	2	G. Gosto dos amigos do meu cônjuge ou companheiro(a)
0	1	2	B. Temos problemas em partilhar responsabilidades	0	1	2		0	1	2	H. O comportamento do meu cônjuge ou companheiro(a) aborrece-me	0	1	2	
0	1	2	C. Estou satisfeito/a com o meu cônjuge ou companheiro(a)	0	1	2		0	1	2		0	1	2	
0	1	2	D. Gosto das mesmas atividades que o meu cônjuge ou companheiro(a)	0	1	2		0	1	2		0	1	2	

FAMÍLIA											
Por comparação com as outras pessoas, como acha que se dá com:											
A. Os seus irmãos		<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos		Abaixo da média		Variável ou dentro da média		Acima da média		Sem contacto	
B. As suas irmãs?		<input type="checkbox"/> Não tenho irmãs									
C. A sua mãe?		<input type="checkbox"/> Falecida									
D. O seu pai?		<input type="checkbox"/> Falecido									
E. os seus filhos biológicos ou adotados?		<input type="checkbox"/> Não tenho crianças									
1. Filho/a mais velho/a		<input type="checkbox"/> Não se aplica									

Código: _____
Data: _____
Código do/a avaliador/a: _____

2. Segundo filho/a	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>				
3. Terceiro filho/a	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>				
4. Outros filhos	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>				
F. Os seus enteados?	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>				

TRABALHO/EMPREGO

Alguma vez, nos últimos 6 meses, teve algum trabalho remunerado (inclua trabalho independente e serviço militar)?

- Não – Por favor passe à frente
 Sim – Por favor descreva o seu trabalho(s)/emprego(s): _____

Marque com um círculo os algarismos 0, 1 ou 2 ao lado das questões A-I que descrevem a sua experiência de trabalho durante os últimos 6 meses.

		0=Não Verdadeiro		1=Um pouco ou às Vezes Verdadeiro		2=Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro	
0	1	2	A. Trabalho bem com outras pessoas	0	1	2	F. Eu faço coisas que podem levar-me a perder o emprego
0	1	2	B. Tenho problemas em entender-me com os chefes	0	1	2	G. Eu faço ao emprego mesmo que não estando doente ou de férias
0	1	2	C. Faço bem o meu trabalho	0	1	2	H. O meu emprego é muito stressante para mim
0	1	2	D. Tenho dificuldades em terminar os trabalhos	0	1	2	I. Precupo-me demais com o trabalho
0	1	2	E. Estou satisfeito com a minha situação de emprego	0	1	2	

EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO

Alguma vez, nos últimos 6 meses, frequentou aulas, faculdade ou outra formação?

- Não – Por favor passe à frente
 Sim – Que tipo de aulas ou formação? _____ Quando espera conseguir obter o grau ou diploma? _____
 Formação Superior? _____ Que grau/diploma pretende obter? _____

		0=Não Verdadeiro		1=Um pouco ou às Vezes Verdadeiro		2=Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro	
0	1	2	A. Dou-me bem com os outros alunos	0	1	2	D. Estou satisfeito com a minha situação educacional
0	1	2	B. Obtenho resultados de acordo com as minhas capacidades	0	1	2	E. Eu faço coisas que podem levar-me a insucesso
0	1	2	C. Tenho dificuldade em terminar trabalhos	0	1	2	

Código: _____
 Data: ____/____/____
 Código do/a avaliador/a: _____

Anexo IV

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Código: _____

Data: ____/____/____

Código do/a avaliador/a: _____

HADS

Este questionário foi concebido para nos ajudar a saber como se sente. Para isso, colocamos abaixo uma série de afirmações sobre as quais queremos a sua opinião pessoal. Deve ler cada uma delas com atenção e assinalar a opção que mais se aproxima do modo como se tem sentido na última semana.

Não perca muito tempo com as respostas, o que pretendemos é que nos dê a sua opinião espontânea. Deve assinalar a sua resposta colocando uma cruz (X) na opção que melhor se adequa.

1. Sinto-me tenso/a ou apreensivo/a.	Maior parte das vezes <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	De vez em quando <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
2. Continuo a ter prazer nas mesmas coisas de antes.	Tanto como antes <input type="checkbox"/>	Não tanto como antes <input type="checkbox"/>	Só um pouco <input type="checkbox"/>	Quase nada <input type="checkbox"/>
3. Tenho uma sensação de medo como se algo de terrível estivesse para acontecer.	Nitidamente e muito forte <input type="checkbox"/>	Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/>	Um pouco, mas não me incomoda <input type="checkbox"/>	De modo algum <input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas.	Tanto como habitualmente <input type="checkbox"/>	Não tanto como habitualmente <input type="checkbox"/>	Sem dúvida que agora muito menos <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações.	A maior parte do tempo <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	De vez em quando <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
6. Sinto-me bem-disposto/a.	Nunca <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Bastantes vezes <input type="checkbox"/>	Quase sempre <input type="checkbox"/>
7. Consigo estar a vontade e sentir-me descontraído/a.	Sempre <input type="checkbox"/>	Habitualmente <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
8. Sinto-me lento/a.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
9. Por vezes fico tão assustado/a que até sinto um aperto no estômago.	Nunca <input type="checkbox"/>	De vez em quando <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Quase sempre <input type="checkbox"/>
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto.	Completamente <input type="checkbox"/>	Não tenho tanto cuidado como devia <input type="checkbox"/>	Talvez menos interesse do que antes <input type="checkbox"/>	O mesmo interesse de sempre <input type="checkbox"/>
11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado/a.	Muito <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
12. Penso com prazer nas coisas futuras.	Tanto como habitualmente <input type="checkbox"/>	Menos que anteriormente <input type="checkbox"/>	Bastante menos que antes <input type="checkbox"/>	Quase nunca <input type="checkbox"/>
13. Tenho sensações súbitas de pânico.	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Bastantes vezes <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um bom programa de rádio ou televisão.	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Muito raramente <input type="checkbox"/>

Anexo V

Questionário de Suporte Social (QSS)



Código:

Data: ____/____/____

Código do/a avaliador/a:

Q55

As questões que se seguem estão relacionadas com o tipo de apoio ou suporte que tem na sua vida. Pedimos-lhe que comece por nos identificar a(s) pessoa(s) (ex: irmão, vizinho, amigo, etc.), (o)s grupo(s) (ex: grupo de dança ou coro) ou a(s) instituição(ões) (ex: Segurança Social, Escola, etc.) que lhe deram algum tipo de apoio ou suporte nos últimos seis meses.

A seguir apresentam-se diferentes tipos de suporte ou apoio que uma pessoa pode ter. Pedimos-lhe agora para assinalar em que medida considera ter tido cada um desses tipos de suporte/apoio **nos últimos seis meses**. Por favor, indique ainda a(s) pessoa(s) (ex: irmão, vizinho, amigo, etc.), (o)s grupo(s) (ex: grupo de dança ou coro) ou a(s) instituição(ões) (ex: Segurança Social, Escola, etc.) responsáveis por esse suporte.

TIPOS DE SUPORTE/APOIO	Nunca	Raramente	Por Vezes	Bastantes Vezes	Muitas Vezes	Quem?
1. Poder falar sobre as suas preocupações						
2. Ajudar a tomar conta do(s) seu(s) filho(s)						
3. Ajudar a divertir-se e a relaxar						
4. Emprestar-lhe dinheiro se necessário						
5. Incentivar quando as coisas estão mais difíceis						
6. Ajudar nas tarefas domésticas						
7. Apoiar, ouvindo e consolando se necessário						
8. Entreter o(s) seu(s) filho(s), por exemplo, organizar atividades para ele(s)						
9. Assegurar transporte para si ou para o(s) seu(s) filho(s) quando necessário						
10. Resolver os seus assuntos, por exemplo, fazer-lhe as compras quando não pode ir ao supermercado						
11. Dar-lhe informações úteis para a sua família, por exemplo, uma atividade gratuita						
12. Outro tipo:						

Anexo VI

Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL 6-18)

Questionário de Comportamentos da Criança – CBCL 6-18

©Copyright T.M. Achenbach 2001. Reproduced under License #734-07-20-12
ASEBA, University of Vermont 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456.

Por favor, escreva em letra **MAIÚSCULA**

Para uso oficial

ID n.º _____

Nome da criança _____		Apelido _____		<p>Ocupação dos pais, mesmo que atualmente não trabalhem. Por favor seja específico (por exemplo: mecânico, professor, dona de casa, comerciante de calçado, sargento no Exército).</p> <p>Profissão do pai: _____</p> <p>Profissão da mãe: _____</p> <p>Por favor responda a este questionário refletindo o seu ponto de vista em relação ao comportamento da criança, mesmo que outras pessoas não concordem com as suas respostas. Sinta-se livre para escrever informação adicional à frente de cada item e no espaço para o efeito na página 2.</p> <p>Assegure-se de que respondeu a todos os itens.</p>
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade: _____ anos	Nacionalidade _____		
Data de nascimento:	Data de preenchimento:			
Dia _____ Mês _____ Ano _____	Dia _____ Mês _____ Ano _____			
Ano de escolaridade:	Preenchido por (Nome completo): _____			
Não frequenta a escola <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mãe biológica <input type="checkbox"/> Mãe adotiva <input type="checkbox"/> Avô	<input type="checkbox"/> Pai biológico <input type="checkbox"/> Pai adotivo <input type="checkbox"/> Avô <input type="checkbox"/> Outro: _____		

I Por favor enumere os desportos favoritos do seu filho(a). Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc.

Não pratica nenhum desporto

- a. _____
b. _____
c. _____

Tempo – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?

Não sei	Menos	Médio	Mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Competência – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um?

Não sei	Menos	Médio	Mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II Por favor enumere os passatempos, atividades e jogos favoritos do seu filho(a) que não sejam desporto. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (Não inclua ouvir rádio ou ver televisão).

Nenhum passatempo, atividade ou jogo

- a. _____
b. _____
c. _____

Tempo – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?

Não sei	Menos	Médio	Mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Competência – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um?

Não sei	Menos	Médio	Mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III Por favor enumere quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que o seu filho(a) pertença.

Não pertence a nenhuma organização, clube ou grupo

- a. _____
b. _____
c. _____

Grau de atividade – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau é ativo em cada um?

Não sei	Menos	Médio	Mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV Por favor enumere quaisquer empregos ou tarefas do seu filho(a). Por exemplo: dar explicações, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc.

Não desempenha nenhuma tarefa

- a. _____
b. _____
c. _____

Grau de competência – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue desempenhá-los bem?

Não sei	Menos	Médio	Mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUALQUER MEIOS, INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÊMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO O ARQUIVAMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTÁ PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA ILICITUDE À LUZ DA LEI PORTUGUESA.



V 1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as)? (Não inclua irmãos ou irmãs)

- Nenhum 1 amigo 2 ou 3 amigos 4 ou mais amigos

2. O seu filho(a) tem atividades com os amigos(as) fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana? (Não inclua irmãos e irmãs)

- Menos que 1 vez 1 ou 2 vezes 3 ou mais vezes

VI Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, até que ponto o seu filho(a) consegue relacionar-se com as seguintes pessoas?

	Pior	Médio	Melhor	
a. Consegue relacionar-se adequadamente com os seus irmãos e irmãs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tem irmãos
b. Consegue relacionar-se adequadamente com outras crianças/jovens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Consegue comportar-se adequadamente em relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Consegue divertir-se e trabalhar por si próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII Relativamente a cada uma das disciplinas escolares abaixo mencionadas, indique como têm sido os resultados do(a) seu/sua filho(a) em cada uma delas:

Não frequenta a escola porque _____

	Maus resultados	Abaixo da média	Médio	Acima da média
a. Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Francês e/ou Inglês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. História	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outras disciplinas escolares por exemplo: Físico-Química, Biologia, Geografia, Educação Visual.

e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O seu filho(a) frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial?

- Não Sim

Que tipo de estabelecimento ou classe? _____

O seu filho(a) repetiu algum ano?

- Não Sim

Qual e porquê? _____

O seu filho(a) teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro?

- Não Sim

Que tipo de problema? _____

Quando começaram esses problemas? _____

Os problemas mencionados já acabaram? _____

O seu filho(a) tem alguma doença, deficiência física ou mental?

- Não Sim

Descreva-a por favor _____

O que o(a) preocupa mais no/na seu/sua filho(a)?

Por favor, descreva o que o(a) seu/sua filho(a) tem de melhor:



Segue-se uma lista de frases que descrevem características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) **é ou tem sido durante os últimos 6 meses**. Assinale/circunde no 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou MUITAS VEZES VERDADEIRA. Assinale/circunde no 1 se a afirmação é DE ALGUMA FORMA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA; Se a descrição NÃO É VERDADEIRA, Assinale/circunde no 0. Por favor, responda a todas as descrições o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam não se aplicar ao seu filho(a).

0 = Não é verdadeira 1 = De alguma forma ou algumas vezes verdadeira 2 = Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira

0 1 2	1. Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade	0 1 2	38. Fazem pouco dele(a) frequentemente
0 1 2	2. Consome bebidas alcoólicas sem o consentimento dos pais (descreva) _____	0 1 2	39. Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos
0 1 2	3. Discute muito	0 1 2	40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva) _____
0 1 2	4. Não consegue acabar as coisas que começa	0 1 2	41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
0 1 2	5. Não há muitas coisas de que goste	0 1 2	42. Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0 1 2	6. Faz as suas necessidades fisiológicas fora da casa de banho	0 1 2	43. Mente ou faz batota
0 1 2	7. É fanfarrão ou gabarola	0 1 2	44. Rói as unhas
0 1 2	8. Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo	0 1 2	45. É nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0 1 2	9. Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva) _____	0 1 2	46. Tem movimentos nervosos ou tíques (descreva) _____
0 1 2	10. Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito ativo(a) ou irrequieto(a)	0 1 2	47. Tem pesadelos
0 1 2	11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente	0 1 2	48. As outras crianças/jovens não gostam dele(a)
0 1 2	12. Queixa-se de solidão	0 1 2	49. Tem prisão de ventre, obstipação
0 1 2	13. Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)	0 1 2	50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0 1 2	14. Chora muito	0 1 2	51. Sente tonturas
0 1 2	15. É cruel com os animais	0 1 2	52. Sente-se demasiado culpado(a)
0 1 2	16. Manifesta crueldade, ameaça ou é mau/má para os outros	0 1 2	53. Come demasiado
0 1 2	17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos	0 1 2	54. Cansa-se demasiado
0 1 2	18. Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio	0 1 2	55. Tem peso a mais
0 1 2	19. Exige muita atenção	0 1 2	56. Apresenta problemas físicos <u>sem causa médica conhecida</u> :
0 1 2	20. Destroí as suas próprias coisas	0 1 2	a. Dores (sem ser dores de cabeça ou de barriga)
0 1 2	21. Destroí as coisas da sua família ou de outras crianças	0 1 2	b. Dores de cabeça
0 1 2	22. É desobediente em casa	0 1 2	c. Náuseas, enjoos
0 1 2	23. É desobediente na escola	0 1 2	d. Problemas com a vista (não incluindo problemas corrigidos por óculos ou lentes de contacto) (descreva) _____
0 1 2	24. Não come bem	0 1 2	e. Irritações de pele/borbulhas ou outros problemas de pele
0 1 2	25. Não se dá bem com outras crianças	0 1 2	f. Dores de estômago ou cólicas
0 1 2	26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal	0 1 2	g. Vômitos
0 1 2	27. Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)	0 1 2	h. Outros problemas (descreva) _____
0 1 2	28. Quebra as regras em casa, na escola ou noutros locais	0 1 2	57. Agride fisicamente outras pessoas
0 1 2	29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva) _____	0 1 2	58. Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva) _____
0 1 2	30. Tem medo de ir para a escola	0 1 2	59. Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público
0 1 2	31. Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal	0 1 2	60. Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
0 1 2	32. Sente que tem de ser perfeito(a)	0 1 2	61. O seu trabalho escolar é fraco
0 1 2	33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)	0 1 2	62. Tem má coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)
0 1 2	34. Sente que os outros andam atrás de dele(a) para o(a) apanhar; Sente-se perseguido(a)	0 1 2	63. Prefere andar com crianças/jovens mais velhos(as)
0 1 2	35. Sente-se sem valor ou inferior aos outros	0 1 2	64. Prefere andar com crianças/jovens mais novos(as)
0 1 2	36. Magoa-se muito, tem tendência para acidentes	0 1 2	65. Recusa-se a falar
0 1 2	37. Mete-se em muitas lutas/brigas	0 1 2	66. Repete várias vezes e com insistência as mesmas ações ou gestos; tem compulsões (descreva) _____

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUAISQUER MEIOS, INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÉMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO O ARQUIVAMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTÁ PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA ILICITUDE À LUZ DA LEI PORTUGUESA.



0 1 2	67. Foge de casa	0 1 2	91. Fala em matar-se
0 1 2	68. Grita muito	0 1 2	92. Fala ou anda durante o sono (descreva) _____
0 1 2	69. É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo	0 1 2	93. Fala demasiado
0 1 2	70. Vê coisas que não existem, que não estão presentes (descreva) _____	0 1 2	94. Arreliá muito os outros
0 1 2	71. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à-vontade	0 1 2	95. Tem birras, temperamento exaltado
0 1 2	72. Provoca fogos	0 1 2	96. Pensa demasiado em sexo
0 1 2	73. Tem problemas sexuais (descreva) _____	0 1 2	97. Ameaça as pessoas
0 1 2	74. Gosta de se "exibir" ou de "fazer palhaçadas"	0 1 2	98. Chupa no dedo
0 1 2	75. É envergonhado(a) ou tímido(a)	0 1 2	99. Consome tabaco
0 1 2	76. Dorme menos que a maior parte das crianças	0 1 2	100. Tem dificuldades em dormir (descreva) _____
0 1 2	77. Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite (descreva) _____	0 1 2	101. Falta à escola sem razão (por "vadiagem")
0 1 2	78. É desatento(a), distrai-se facilmente	0 1 2	102. É pouco ativo(a), vagaroso(a), tem falta de energia
0 1 2	79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreva) _____	0 1 2	103. É infeliz, triste ou deprimido(a)
0 1 2	80. Fica de olhar fixo e vazio	0 1 2	104. É invulgarmente barulhento(a)
0 1 2	81. Rouba coisas em casa	0 1 2	105. Consome drogas sem razões médicas (descreva) _____
0 1 2	82. Rouba coisas fora de casa	0 1 2	106. Comete atos de vandalismo
0 1 2	83. Acumula coisas de que não necessita (descreva) _____	0 1 2	107. Urina-se durante o dia
0 1 2	84. Tem comportamentos estranhos (descreva) _____	0 1 2	108. Urina na cama
0 1 2	85. Tem ideias estranhas (descreva) _____	0 1 2	109. Choramíngia
0 1 2	86. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável	0 1 2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
0 1 2	87. Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos	0 1 2	111. Isola-se, não se envolve nem estabelece relações com os outros
0 1 2	88. Amua muito	0 1 2	112. É preocupado(a)
0 1 2	89. É desconfiado(a)	0 1 2	113. Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham sido referidos: _____ _____ _____ _____
0 1 2	90. Diz palavrões ou usa linguagem obscena		

Verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.
Sublinhe as que o(a) preocupam de um modo particular.