

CÂMIA DE JESUS LEMA FAZTUDO GONÇALVES

OCORRÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-NATAL EM PAIS DE PRIMOGÊNITOS
COM IDADE COMPREENDIDA ENTRE 3 A 6 MESES

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE -NORTE

2012

CÂMIA GONÇALVES	INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – NORTE OCORRÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-NATAL EM PAIS DE PRIMOGÊNITOS COM IDADE COMPREENDIDA ENTRE 3 A 6 MESES		2011
------------------------	---	--	-------------

OCORRÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-NATAL EM PAIS DE
PRIMOGÊNITOS COM IDADE COMPREENDIDA ENTRE 3 A 6 MESES

CÂMIA DE JESUS LEMA FAZTUDO GONÇALVES

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO INSTITUTO SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE – NORTE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

ORIENTADORA: DOUTORA FLORBELA TEIXEIRA

BENGUELA, 2012

RESUMO

Neste trabalho pretendemos compreender a importância da ocorrência de depressão no pós-natal no homem, bem como este percebe as alterações que ocorrem na sua vida resultantes do facto de ter sido pai pela primeira vez. O estudo é transversal tendo sido administrada num único momento a *Edinburgh Posnatal Depression Scale* (EPDS) e o Questionário de avaliação de percepção parental, para detectar respectivamente a depressão pós-natal no homem, bem como as suas percepções relativas às mudanças da sua vida resultantes do seu novo papel: ser pai.

Para este efeito, consideramos uma amostra de 200 homens no período pós-natal com idades compreendidas entre 16 e 34 anos, na condição de pais de bebés com 3 a 6 meses de vida; pretendeu-se avaliar a ocorrência de depressão pós-natal no homem, bem como determinar a variação da sintomatologia depressiva paterna nas variáveis do tipo sócio-demográfico (idade, estado civil, habilitações literárias, sexo do bebé, situação profissional). Os pais que constituíram esta amostra foram seleccionados da consulta externa do Hospital Pediátrico do Lobito e do Centro materno – infantil (Dispensário) de Benguela, no período de Janeiro/2011 a Junho/2011. Os principais resultados obtidos neste estudo são: a prevalência de depressão paterna foi de 49%; a preocupação com a ideia de vir a ser um bom pai, a preocupação com a ideia de ferir ou magoar o bebé e o sentimento relacionado com a gravidez da parceira foram as variáveis que mostraram haver diferenças estatisticamente significativas para a ocorrência da DPN.

A prevalência da depressão pós-natal neste estudo foi muito elevada, o que desperta uma melhor atenção para a saúde mental da família e em particular a da dos pais de primogénitos. Pode-se também dizer que a taxa de ocorrência da depressão pós-natal no homem variou em função das percepções que os pais têm sobre a paternidade

Palavras-chave: Depressão, depressão pós-natal e depressão pós-natal no homem.

ABSTRACT

In this work we intend to understand the importance of the occurrence of postnatal depression in men, and also how they perceive the changes that occur in their lives resulting from having been a father for the first time. This is a cross-sectional study and it took place by administration of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the questionnaire for assessment of parental perceptions, respectively for detecting postnatal depression in men as well as their perceptions regarding changes in their lives resulting from his new role: fatherhood.

For this purpose, we consider a sample of 200 men in the postnatal period having between the ages of 16 and 34, since that they were fathers of infants about 3 to 6 months of life; we sought to evaluate the occurrence of postnatal depression in man, and to determine the variation of depressive symptoms in the variables of paternal socio-demographic (age, marital status, education attainment, sex of the baby, employment status).

Fathers who constituted this sample were selected from the outpatient Children's Hospital of Lobito and the mother-child center (Dispensary), from January/2011 to June/2011. The main results of this study are: the prevalence of paternal depression was 49%; the preoccupations with the idea of fatherhood, the concern with the idea of harming the baby and the feeling associated with the partner's pregnancy were the variables that showed no difference statistically significant.

The prevalence of paternal postnatal depression in this study was too high, which arouses greater attention to the mental health of the family and in particular the parents of firstborn. We can also say that the rate of occurrence of postnatal depression in men varied according to the perceptions that fathers have about fatherhood.

Key-words: Depression, postnatal depression, postnatal depression in men.

AGRADECIMENTOS

À CESPU pela responsabilidade assumida nesta formação, assim como à direcção e a todos aqueles que directa ou indirectamente tornaram possível à oportunidade de formação em Benguela.

Os meus agradecimentos são dirigidos à Doutora Florbela Teixeira, orientadora deste trabalho, pelo apoio, incentivo e confiança transmitido, pois sem o qual não seria possível concretizar a presente investigação.

Aos responsáveis do Hospital Pediátrico do Lobito e do Centro Materno-infantil (dispensário) e a todos os funcionários que amavelmente criaram condições para que esta investigação fosse concretizada.

Os meus colegas da CESPU, em especial os do grupo Co-orientado pela Doutora Florbela Teixeira, pelo apoio emocional que me prestaram nos momentos de maior fragilidade e desânimo.

Agradeço também aos meus filhos que tudo suportaram sem reclamarem, confiados em dias melhores, incentivando-me para que chegasse até aqui.

A todos aqueles que, de alguma forma, me apoiaram ao longo desta caminhada e que não foram mencionados aqui, muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DTS – Doenças de transmissão sexual

ECT – Electroconvulsoterapia

EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale

EUA – Estados Unidos de América

HIV – Human Immunodeficiency Virus

IMAO – Inibidores da Monoamino Oxidase

ISRS – Inibidores Selectivos da Recaptação

MEPDS – Média de depressão de acordo com a EPDS

N/D – No date, isto é, sem data ou ano de apresentação

n – Frequência

NIMH – National Institutes of Mental Health

PND – Postnatal Depression

PPND – Paternal postnatal depression

p – Probabilidade de significância estatística

t (test) – teste para amostras emparelhadas

gl – Número de grau de liberdade

ÍNDICE GERAL

Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Lista de abreviaturas.....	v
Índice geral.....	vi
Lista de anexos.....	vii
Índice de tabelas.....	ix
Introdução	10
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1. Definição de conceitos	13
1.1.1. Conceito de Depressão.....	13
1.1.2. Depressão pós - natal	14
1.1.3. Depressão pós-natal no homem.....	16
1.2. Aspectos históricos.....	17
1.3. Epidemiologia.....	18
1.4. Etiologia.....	19
1.5. Diagnóstico.....	21
1.6. Tratamento.....	22
1.6.1. Tratamento farmacológico.....	23
1.7. A actuação do profissional de Psicologia no tratamento de pacientes com DPN masculina.....	25
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	28
2.1. Objectivos.....	28
2.1.1. Geral.....	28
2.1.2. Específicos.....	28
2.2. Hipóteses de Investigação.....	28
2.3. Desenho e método.....	28
2.4. Participantes.....	29
2.5. Instrumentos.....	29
2.5.1. Questionário de caracterização sócio-demográfica.....	29
2.5.2. Edinburgh Postnatal Depression Scale.....	29
2.5.3. Questionário de percepção da paternidade.....	30
2.6. Procedimento.....	30
2.7. Processos de tratamento e análise de dados.....	31
CAPÍTULO II – RESULTADOS.....	32
3.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra.....	32
3.2. Caracterização da depressão pós-natal através da EPDS.....	37
3.3. Análise comparativa de médias da depressão nas variáveis sócio-demográficas e percepção da paternidade, através do test t.....	38
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	41

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS	

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1-Pedido de autorização para a realização do estudo-----	50
ANEXO 2-Termo de consentimento informado-----	51
ANEXO 3-Questionário de caracterização sócio-demográfica-----	52
ANEXO 4-Questionário de percepção da paternidade-----	53
ANEXO 5-Escala de depressão de Edinburgh-----	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Dados de caracterização demografica da amostra-----	32
Tabela 2 – Distribuição dos elementos da amostra pelas variáveis socio-demograficas -----	34
Tabela 3 – Distribuição de frequências na percepção dos pais à paternidade-----	36
Tabela 4 – Taxa de prevalência de depressão pós-natal paterna-----	37
Tabela 5 – Comparação de médias de depressão nas variáveis socio-demograficas -----	38
Tabela 6 – Comparação de médias de depressão na percepção da paternidade -----	39

Introdução

A depressão pós-natal masculina, tem despertado a atenção de pesquisadores, na intenção de se conhecer sua fisiopatologia e manejo clínico correcto.

A DPN masculina está ligada a múltiplos factores, dos quais podemos destacar os factores culturais, que interferem decisivamente no diagnóstico do quadro, pois os homens tendem a não reconhecer e não serem reconhecidos em seu sofrimento, pela falta de especificidade na identificação dos sintomas (Iaconelli, N/D).

Os pais são criados na ilusão de que a chegada de um bebé deve promover um estado de plenitude e realização, mesmo que estejam conscientes do cansaço envolvido na tarefa.

Quando o bebé nasce os casais são obrigados a enfrentarem mudanças na sua rotina diária, nos seus horários de sono, cuidados com o bebé, vida profissional, bem como as exigências do próprio casal (marido e mulher). Todas essas mudanças podem despertar no homem comportamentos que podem parecer estranhos para as pessoas com quem convive. No entanto, normalmente o homem não pede ajuda por não saber como identificar o quadro de DPN masculina, ou seja, não tem conhecimento desta patologia (Belsky, Rovine & Fish, 1989).

Em Angola, por razões culturais, sejam quais forem as circunstâncias associadas à gravidez, o nascimento de um filho é sempre um momento bem vivido pelos pais, familiares e amigos. Contudo, este momento pode acarretar outro significado muito pessoal para o pai do bebê, pois para os que não vivem juntos com a mãe do bebé é o momento de assumirem responsabilidades acrescidas, em termos financeiros e habitacionais, sendo muitas vezes obrigados a isso pela família da puerpéra. A família presta apoio habitualmente durante a gravidez e os primeiros dias após o parto. Findo esse período, remete essa responsabilidade para o pai do bebé que a partir deste momento poderá sentir uma responsabilidade acrescida.

A depressão pode surgir após o nascimento da criança ou em qualquer outro momento do primeiro ano de vida da criança e os sinais e sintomas variam quanto à forma e intensidade com que se manifestam (Silva, 2003).

Segundo Iaconelli (N/D), alguns sintomas específicos da DPN masculina podem passar despercebidos, tais como: trabalhar demais e/ou fazer actividades com a finalidade inconsciente de escapar da vida doméstica, utilizar bebida e/ou automedicação em excesso, ferir-se e/ou sofrer acidentes com frequência, apresentar atitudes hostis, agressivas, descontroladas e/ou impulsivas (iniciar um caso extraconjugal ou abandonar a família justamente no período pós-natal).

O diagnóstico precoce é fundamental, porém é necessário que o estado emocional do pai também seja levado em consideração pelos profissionais de saúde e familiares, que normalmente restringem a atenção à gestante, à puérpera e ao bebê.

Conforme se observa nas depressões convencionais, o tratamento indicado é o acompanhamento psiquiátrico e psicológico, combinados. Neste tratamento, busca-se entender as causas do problema e, ao mesmo tempo, avalia-se a necessidade de se prescrever a medicação de acordo com o diagnóstico identificado. Entretanto, com base no comprometimento apresentado pelo indivíduo, há a necessidade de se manter a medicação, pois em alguns casos, em que se for retirada a medicação os sintomas podem retornar.

Pelo facto de existirem poucos estudos desenvolvidos na província de Benguela, sobre a temática depressão pós-natal no homem, resolveu-se realizar um estudo que tem por objectivo compreender a relação que existe entre a taxa de ocorrência de depressão pós-natal no homem e as variáveis sociodemográficas assim como a percepção dos pais sobre o seu papel, no Município de Benguela

A estrutura do trabalho está subdividida em duas partes. A primeira espelha o resultado alcançado na pesquisa bibliográfica que constitui o enquadramento teórico, que facilitou a formulação das hipóteses, dos objectivos, dos métodos e da selecção dos instrumentos de avaliação. A

segunda parte é dedicada inteiramente à descrição da investigação: apresentação das hipóteses, objectivos, métodos, amostra/população, instrumentos de avaliação, resultados e discussão dos resultados.

CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definição de conceitos

1.1.1 - Conceito de depressão

A depressão é a doença mental mais frequente, sendo uma causa importante de incapacidade pelo que existem numerosas teorias que tentam explicar e dar uma compreensão sobre a etiologia e a manutenção da depressão (Abramson, Liga & Metalske, 1989; Beck, 1983; Nolen-Hoeksema, 1987; Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004).

Na perspectiva de Barreto (1973), o termo “Depressão” pode designar uma doença, síndrome, sintoma ou inclusivamente um simples estado afectivo- a tristeza. Segundo o mesmo autor, quando nos referimos à depressão como quadro clínico, referimo-nos a um síndrome, ou seja a um conjunto de sintomas e sinais, com uma génese comum e constituindo uma vertente importante do quadro clínico de diversas doenças.

De acordo com o DSM-IV-TR (2006), a depressão é um transtorno emocional caracterizado por diferentes sintomas, dentre os quais dois são essenciais: humor persistentemente baixo, apresentando-se como tristeza, angústia ou sensação de vazio e redução na capacidade de sentir satisfação ou vivenciar prazer nas suas actividades.

A depressão pode ser considerada uma doença, e em função da diversidade de sintomas que ela apresenta, é comum falar-se de depressões em vez de depressão. Este posicionamento é corroborado por determinados autores como Guédeney e Jeammet (2001); Poinso et al. (2001).

De acordo com Andrade, Viana e Silveira (2006), a prevalência da depressão na mulher é maior comparativamente a prevalência da depressão no homem, cuja taxa se situa entre 1.5 e 3.0, variando em média na proporção de 2 mulheres para cada homem.

1.1.2. Conceito de depressão pós-natal

Muito se tem escrito sobre a depressão pós-natal como uma condição clínica (Najman, et al., 2000) ou como depressão clínica (Verkerk, Denollet, Van Heck, Van Son & Pop, 2005). De acordo com o DSM-IV-TR (2006), o humor deprimido e a anedonia são os sintomas centrais da DPN. Para Hagen e Barrett (2007), a tristeza ou humor deprimido e a perda de interesse são sintomas essenciais da DPN, e frequentemente estão relacionados com a presença do recém-nascido.

Em algumas situações pós-natal, surgem de forma aguda algumas perturbações psicopatológicas associadas a alterações do foro emocional e ou hormonal relacionadas com a gravidez e o puerpério na mulher.

A depressão pós-natal é um episódio depressivo não psicótico, classificada assim sempre que iniciada nos primeiros 12 meses após o parto e a sua manifestação clínica é igual à das depressões em geral (Zaconeta, Motta & França, 2004).

A pessoa com DPN pode sentir uma tristeza muito grande de carácter prolongado com perda de auto-estima, perda da motivação para a vida, e que nalguns casos pode ser incapacitante requerendo as vezes o uso de antidepressivos (Souza, 1999).

Porém, se a expressão depressão pós-natal é usada para delinear a depressão major precipitada quer pelo nascimento do bebé quer pelos acontecimentos seguintes ao nascimento do bebé, então é evidente que no período pós-natal a mulher está mais vezes deprimida que noutras fases da vida (Najman et al., 2000).

Sabe-se hoje que a história pessoal ou familiar de doença psiquiátrica, experiências estressantes e aspectos associados à personalidade podem aumentar o risco de perturbações de humor ou ansiedade, no pós-natal. Por exemplo, Verkerk et al. (2005) realçam que a personalidade pode ser um determinante importante e estável da depressão pós-natal. No seu estudo, a personalidade foi um determinante estável tanto para a depressão clínica como para os sintomas depressivos no primeiro ano do pós-natal enquanto que a história pessoal de depressão foi um dos factores importantes associado a depressão clínica somente aos três meses do pós-natal.

A etiologia da depressão pós-natal não é completamente conhecida, apesar de existir grande crença de que, além dos factores já relatados anteriormente, factores hormonais e hereditários também estejam envolvidos, nesta patologia.

1.1.3 – Depressão pós-natal no homem

O Homem pode também apresentar um quadro de depressão pós-natal. A depressão masculina pode ter origem nos sentimentos de exclusão, diante da diade mãe-bebê. É como se ele se apercebesse que deve trabalhar e satisfazer às exigências da mãe impostas pelo puerpério. Até porque nas sociedades de hoje está-se a perder o apoio que as famílias alargadas davam às filhas nesta fase tão significativa para o casal.

Então o papel do pai, marido ou companheiro tem-se modificado para funcionar como uma base de apoio para a mãe, esposa ou companheira, protegendo-a fisicamente, provendo suas necessidades vitais e afastando-a das exigências da realidade externa, compartilhando nas mais diversas tarefas domésticas, e não só, para que ela possa cuidar do bebê. Nesta conformidade o pai, marido ou companheiro exerce também uma função psicológica e educativa (Stern, 1997).

O pai, marido ou companheiro moderno vem assumindo o vazio criado pelas modificações na nossa sociedade actual, mas encontra dificuldades em como fazer isto (Stern, 1997). Hoje os pais exigem de si próprios perfeição na sua relação com a criança que deve ser também isenta de qualquer defeito (Bayle, 2005), e, assim sendo muitos homens sentem-se inseguros em relação aos cuidados com o bebê, à disponibilidade de tempo necessário para ter uma participação activa na criação do filho. Alguns não conseguem entender as mudanças da mulher em relação à sexualidade e à forma como vê seu próprio corpo na gravidez. Toda esta significância faz com que o nascimento de um filho represente um acontecimento estressante para a mãe, o pai como para a família no geral (Figueiredo, 2005).

O pensamento de que o nascimento de um filho causa sofrimento no pai impossibilita que ele lide sem culpa com suas dúvidas e medos próprios deste novo papel. Pois a maior parte dos pais, não foram educados nesta vertente, e desconhecem os cuidados que se devem ter com os bebês, o que não só lhes provoca insegurança como também medo.

A própria vivência emocional do parto e a possibilidade de decepção em relação ao sexo do bebê, no momento em que todos ao redor parecem ocupados demais para lhe dar atenção, muitas vezes encontra saída para as suas ansiedades no ambiente externo ao lar.

O período entre o terceiro e o sexto mês de vida do bebê é o mais crítico para os homens no nascimento do seu primeiro bebê. Nessa fase, 25% deles sofrem de depressão. Por outro lado, os três primeiros meses após o nascimento são os menos problemáticos, quando apenas 7,7% dos pais desenvolvem depressão (Arrais, 2005).

Segundo Figueiredo (2005, p.88), “alguns poucos estudos sobre a depressão pós-natal no homem, realizados sobre uma amostra de 54 mulheres primíparas, e seus maridos/companheiros, mostrou que 4,8% dos homens apresentaram perturbação de humor no período que se segue ao nascimento do filho(a) (para 16,7% das mulheres da amostra), (Areias et al., 1996)”. A autora continua a assinalar que alguns estudos realizados com homens indicam um elevado risco psicopatológico relacionado com o nascimento de um filho.

Existe, uma lacuna na investigação actual, em que apenas um escasso número de investigadores se debruçou sobre as respostas dos homens aos aspectos cognitivos, psicosociais, demográficos e biológicos para um maior entendimento da depressão pós-parto no homem.

1.2. Aspectos históricos

O papel do pai e sua importância para o desenvolvimento infantil, sobretudo nos primeiros anos de vida da criança, são temas que foram pouco abordados até décadas recentes.

Segundo Lewis e Dessen (1999), antigamente os pais costumavam ser retratados como figuras distantes, por não fazerem parte do cuidado dos seus filhos, sendo deixada a responsabilidade para as mães, ou seja, a função do pai na família seria a de prover apenas o seu sustento econômico.

Porém, a partir dos anos 60 e 70 com o movimento feminista e suas exigências de novas definições dos papéis sexuais, a entrada das mulheres no mercado de trabalho, a flexibilização do papel do homem na instituição familiar com maior proximidade do pai com os filhos, o aumento no índice de divórcios e dos pais que não vivem com os seus filhos e o crescente

número de pais que ficam com a custódia dos seus filhos, contribuíram para mudanças sociais quanto ao papel do pai e desenvolvimento infantil.

A função do pai nas primeiras semanas de vida do bebê seria de apoiar a unidade entre o bebê e os cuidados maternos. Em seguida o pai passa a ter importância directa sobre o desenvolvimento dos seus filhos e apoio emocional e moral a mãe (Winnicott, 1966).

1.3. Epidemiologia

Segundo Justo e Calil (2006), as diferenças nos papéis desempenhados por homens e mulheres pode levar à manifestação e a consequências psicológicas muito diferentes entre os dois elementos do casal.

A depressão pós-natal no homem apresenta taxas de incidência entre 7 a 30% (Huang & Warner, 2005), que pode estar associada a factores como: personalidade, vivências perinatais, temperamento da criança e papel da parceira.

De acordo com Huang e Warner (2005), apesar do período da gravidez desencadear maior stress ao pai comparativamente com o período pós-natal, verifica-se maior incidência de depressão em homens depois do nascimento. No entanto, em nossa sociedade é difícil o pai admitir abertamente que se encontra em profunda experiência emocional durante o período de gravidez de sua companheira. Experiência essa que não passa por alterações hormonais ou corporais, mas por transformações psicológicas e sociais, sobretudo no caso daqueles que são pais de primogenitos.

Arrais (2005) afirma que período entre o terceiro e o sexto mês de vida do bebe é o mais crítico para os homens no nascimento do seu primeiro bebê. Nessa fase, 25% deles sofrem de depressão.

Pelo facto de os homens admitirem com menor frequência a doença, os médicos também tendem a suspeitar menos dela. Pois ainda que perceba que está deprimido, um homem tem menos disposição de procurar ajuda que uma mulher, mas o encorajamento e apoio de membros da família preocupados pode fazer a diferença.

1.4. Etiologia

O pensamento de que o nascimento de um filho causa sofrimento ao pai, impossibilita-o de lidar sem culpa, com suas dúvidas e medos próprios deste novo papel. Por conseguinte, muitos pais não foram educados nesta vertente e desconhecem os cuidados que devem ter com o bebê.

Factores como a predisposição genética, o estado neurótico, o abuso/dependência de substâncias por parte do homem, a falta de apoio, a qualidade da relação com a companheira e discordância em relação à decisão de engravidar, o surgimento da gravidez e as interações com a criança e práticas parentais podem desencadear depressão pós-natal no homem (Huang & Warner, 2005). Entretanto, existem factores sujeitos a padrões culturais específicos que podem influenciar a forma como os grupos sociais relatam seus sintomas: acesso a cuidados pré e pós-parto; qualidade de serviço disponível; diferenças de procedimento; hábitos religiosos; nutrição; pobreza; stress; atitudes relacionadas com a gravidez e a maternidade; papel do género; atitudes em relação à doença mental e vulnerabilidade biológica são todos factores sujeitos a padrões culturais específicos que podem influenciar a forma como os grupos sociais relatam seus sintomas.

Segundo Almeida-Filho et al. (2004), no que concernem as condições socioeconómicas, nas classes mais favorecidas, os homens apresentam taxas de depressão mais elevadas, enquanto que nas classes mais pobres, as mulheres têm essas taxas duas vezes e meia mais elevadas que os homens. Sendo que a classe social e o ajustamento social após o nascimento do bebê podem apresentar relação com a depressão pós-natal (Warner et al., 1996), identificam dois factores de risco para a sintomatologia depressiva após o parto relacionados com o estatuto ocupacional: desemprego materno e paterno.

A depressão pós-natal é uma condição clínica, psicopatológica relacionada com humor. No pai/esposo/companheiro podem ter origem na sua própria história psiquiátrica, da sua personalidade, das suas experiências e não só, como até mesmo no facto de sua esposa/companheira ter estado deprimida durante a gravidez. Podem influenciar no seu bom desempenho no papel de

pai e na sua relação com o recém-nascido, assim como ter dificuldades no seu relacionamento conjugal, provocando uma instabilidade familiar.

Para muitos a paternidade pode trazer consigo satisfação, sensação de amadurecimento e de alegria compartilhada entre marido e mulher (Bee, 1997). No entanto, é importante destacar que a trajetória masculina em direção à paternidade difere da feminina, por isso, de acordo com Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997), a formação de um sólido vínculo entre pai e filho costuma ser mais lenta, consolidando-se no decorrer do desenvolvimento da criança.

Silva (2007), afirma que estudos que investigam a transição da paternidade, têm verificado que os futuros pais mostram-se bastante ansiosos e preocupados durante a gravidez da companheira, período que tem sido marcado por sentimentos ambivalentes de alegria, ansiedade e conflitos. Todavia, ainda há carência de conhecimento a respeito das ansiedades referentes à transição para a paternidade, sobretudo relacionado ao período pós-natal (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Os principais desafios enfrentados por pais e mães no período pós-natal seriam: o casal perde a sua unidade dual com a chegada de um terceiro – o bebê, o pai e a mãe precisam se mover de uma identidade de filhos para a identidade de pais, precisam transferir seus investimentos da criança imaginária para a real, precisam projectar nele intenções e características suas que os ajudem a identificar este estranho que é o bebê, além disso, a mãe e o pai precisam colocar de lado seus afazeres para atender às necessidades do bebê. Desta forma, todas estas tarefas podem ser vividas de forma exaustiva e contribuir para o desenvolvimento de diversos conflitos, que podem ser desencadeadores da depressão pós-natal no homem.

Nos primeiros meses do bebê, geralmente a mãe e a família voltam toda atenção integralmente a esse bebê, fato pelo qual o pai acaba por se sentir excluído de todo o processo de cuidado (Silva, 2007).

O envolvimento paterno na criação dos filhos, também pode ser influenciado pelo contexto cultural. Por conseguinte, existem sociedades em que os homens sentem dificuldades em assumir a paternidade pela

educação que obtiveram desde a sua infância (Silva, 2007). Outra dificuldade que o pai encontra na criação dos seus filhos está relacionada à sua ausência em casa por diversos factores, o que pode influenciar no contacto mãe – bebé – pai.

Os partos em Angola podem ser realizados por profissionais de saúde nas maternidades ou em casa e em lugares que não existe assistência médica, sobretudo nas zonas rurais, os partos são realizados pelas parteiras tradicionais ou anciãs.

Os cuidados prestados à puérpera e ao recém-nascido são fornecidos pela mãe da mulher ou pela sogra. Em alguns casos, sobretudo na zona rural o parceiro é obrigado a abandonar o quarto, para serem prestados os cuidados à puérpera e ao bebé, por um período de um a três meses, contribuindo para o déficit no desenvolvimento do vínculo mãe – filho – pai e no conflito paterno.

1.5. Diagnóstico

O quadro depressivo não deve ser analisado isoladamente, mas como uma síndrome, servindo de ponto de ligação entre vários problemas, que são simultaneamente sua causa e consequência (Cordeiro, 1998).

Neste sentido, a avaliação diagnóstica deve incluir uma história completa dos sintomas, isto é, quando eles começaram, quanto tempo dura, qual sua gravidade, se o paciente já os teve antes e, em caso afirmativo, se os sintomas foram tratados e que tratamento foi dado.

Um instrumento amplamente utilizado e validado para o rastreio da depressão pós-natal é a Escala de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS) no qual uma pontuação maior ou igual a 12 é indicativa de depressão pós-natal, sendo o período ideal para o rastreio entre duas semanas e seis meses após o parto (Ibiapina et al., 2010).

No ano de 1987, foi desenvolvido este instrumento de avaliação que é específico para identificar a depressão no período pós-natal.

Além da aplicação da escala EPDS, para a identificação de homens com depressão pós-natal é necessária a avaliação clínica e o diagnóstico

diferencial com outras situações também motivadoras de quadros depressivos. Portanto, Ibiapina et al. (2010) afirmam durante a avaliação do paciente com depressão pós-natal, devem ser excluídas as situações de luto, distúrbios endócrinos (hipotireoidismo e doença de Cushing), neoplasias (tumor de cabeça e de pâncreas), colagenoses, doenças do sistema nervoso central (de natureza vascular, tumoral, epiléticas) e o uso de certos fármacos (betabloqueadores, benzodiazepínicos, metildopa), por apresentarem influências no estado psicológico do indivíduo.

O profissional de saúde deve perguntar sobre uso de álcool e drogas, se o paciente pensa em suicídio, se outros membros da família tiveram uma doença depressiva e, caso tenham sido tratados, que tratamentos eles receberam e quais foram eficazes. Durante o exame, deve-se avaliar também o estado mental, para determinar se os padrões de fala ou pensamento estão afectados.

1.6. Tratamento

Para o tratamento apropriado da depressão é importante à realização de um exame físico completo, pois algumas medicações e doenças (infecção viral) podem causar os mesmos sintomas da depressão, influenciando assim no diagnóstico e tratamento do paciente com depressão. Se for afastada uma causa física para a depressão, uma avaliação psicológica deve ser feita pelo médico ou por encaminhamento a um psiquiatra ou psicólogo.

A escolha do tratamento depende do resultado da avaliação. Algumas pessoas com formas mais leves podem evoluir bem somente com psicoterapia, enquanto que as pessoas com depressão moderada a grave podem se beneficiar com antidepressivos. No entanto, podem ter o seu quadro controlado com o tratamento combinado: medicação para obter um alívio relativamente rápido dos sintomas e psicoterapia para aprender maneiras mais eficazes de lidar com os problemas da vida, incluindo a depressão.

1.6.1. Tratamento farmacológico

Existem vários tipos de medicações antidepressivas destas podemos destacar: os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), tricíclicos e inibidores da monoamino oxidase (IMAO).

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria(2000) os ISRS e outras medicações mais recentes que afetam neurotransmissores como dopamina e norepinefrina, geralmente têm menos efeitos colaterais que os tricíclicos. Por vezes, é preciso aumentar-se a dose para que a medicação se mostre eficaz. Desta forma, as medicações antidepressivas têm de ser tomadas regularmente por 3 ou 4 semanas (em alguns casos até 8 semanas) antes que ocorra o efeito terapêutico integral.

Os inibidores da monoamino oxidase também têm sido muito utilizados no tratamento da depressão pós- natal, porém é necessário que os pacientes tenham cuidado com alguns alimentos com elevados níveis de tiramina (queijos, vinhos e pickles) e algumas medicações (descongestionantes), pois para a Associação Brasileira de Psiquiatria(2000) a interação da tiramina com os IMAO pode causar crise hipertensiva e conseqüentemente pode provocar um acidente vascular cerebral (AVC).

Após a terapia com antidepressivos deve-se rever a conduta em caso de ausência de resposta. Aproximadamente metade dos pacientes pode apresentar recaídas ou recorrências do quadro depressivo, devendo-se recomendar a manutenção das medicações por até seis meses após o desaparecimento dos sintomas (Felix, Gomes & França, 2008).

Os medicamentos ansiolíticos ou sedativos não são antidepressivos. Por vezes são prescritos juntamente com os antidepressivos para auxiliar no controle dos sintomas, mas não são eficazes quando tomados isoladamente para um transtorno depressivo (Associação Brasileira de Psiquiatria,2000) .

Os estimulantes, como as anfetaminas, não são antidepressivos eficazes, mas podem ser usados ocasionalmente sob supervisão atenta em pacientes deprimidos.

O lítio é há muitos anos o tratamento de escolha do transtorno bipolar, pois pode ser eficaz para reduzir as oscilações de humor comuns nesse

transtorno. Seu uso deve ser monitorado cuidadosamente, pois o intervalo entre as doses eficazes e tóxicas é pequeno. Segundo Associação Brasileira de Psiquiatria(2000) ele não pode ser recomendado aos pacientes com epilepsia ou problemas da tireóide, renais ou cardíacos preexistentes.

Os anticonvulsivantes como a carbamazepina e o valproato, têm apresentado efeito benéfico no controlo das oscilações do humor. Outros anticonvulsivantes que estão sendo usados actualmente são a lamotrigina e a gabapentina, cujos papéis na hierarquia do tratamento do transtorno bipolar ainda estão sendo estudados.

Algumas pessoas portadoras de transtornos bipolares tomam mais de uma medicação, associando o lítio e/ou anticonvulsivantes, uma medicação para a agitação, ansiedade, depressão ou insônia associada. Portanto, é importante o monitoramento cuidadoso por parte do psiquiatra.

No início do tratamento os pacientes podem se sentir melhor e achar que não necessitam mais da medicação, ou podem achar que a medicação não está ajudando em nada, isto pode acarretar o abandono do tratamento por parte do paciente. É importante continuar a tomar a medicação até que ela tenha o seu devido efeito terapêutico, embora os efeitos colaterais possam aparecer antes da actividade antidepressiva se evidenciar.

Associação Brasileira de Psiquiatria(2000),afirma que após o paciente ter tomado a medicação e se sentir melhor é importante continuar a medicação por pelo menos 4 a 9 meses para evitar uma recorrência da depressão.

Algumas medicações têm de ser suspensas gradualmente para dar ao corpo tempo para se ajustar. Em indivíduos com transtorno bipolar ou depressão maior crônica pode-se manter a medicação por tempo indeterminado.

Os medicamentos antidepressivos não causam dependência. Entretanto, conforme ocorre com qualquer tipo de medicação prescrita por período longo, os antidepressivos têm de ser monitorados cuidadosamente para se certificar se está sendo fornecida a dose correcta e a sua eficácia.

Os antidepressivos podem causar efeitos colaterais leves e temporários em algumas pessoas. Entretanto, quaisquer reações ou efeitos colaterais fora do comum ou aqueles que interfiram no funcionamento devem ser relatados

imediatamente ao médico. Os efeitos colaterais mais comuns dos antidepressivos tricíclicos podem ser: agitação, cefaléia, insônia, boca seca, náuseas, constipação, problemas vesicais, problemas sexuais, visão turva, tonturas e sonolência diurna (Associação Brasileira de Psiquiatria,2000)

Dependendo do diagnóstico do paciente e da gravidade de seus sintomas, o psiquiatra pode prescrever medicações ou prescrever uma das várias formas de psicoterapia que se mostraram eficazes na depressão.

1.7. A actuação do profissional de Psicologia no tratamento de pacientes com DPN masculina

O nascimento de uma criança, principalmente quando se trata do primeiro filho, pode constituir um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais.

Os sintomas destas perturbações mentais podem variar em gravidade de muito ligeiros a graves e até com sintomas psicóticos (Antunes, 2008).

Ao lado da terapia farmacológica, a psicoterapia é indicada como tratamento coadjuvante a terapia farmacológica, os seus efeitos aparecem entre 1 a 2 meses após o início da terapia sendo de fundamental importância na refratariedade a farmacoterapia (Félix, Gomes & França, 2008).

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria(2000) existem fundamentalmente três tipos de psicoterapia: a terapia comportamental (propõe modificação de comportamentos disfuncionais), a cognitiva (propõe a modificação de concepções do paciente em relação à depressão) e a terapia interpessoal (ênfatisa as dificuldades nas relações interpessoais).

As terapias cognitivas ajudam os pacientes a adquirir insight quanto a seus problemas e resolvê-los por um intercâmbio verbal com o terapeuta, combinado por vezes a “tarefas de casa” entre as sessões.

Os terapeutas “comportamentais” ajudam os pacientes a aprender a obter maior satisfação e maiores recompensas através de suas próprias acções e a

desaprender os padrões comportamentais que contribuem para sua depressão ou decorrem dela.

Os terapeutas interpessoais focalizam as relações pessoais alteradas do paciente, que tanto causam como aumentam a depressão. Os terapeutas cognitivo-comportamentais ajudam os pacientes a modificar os estilos negativos de pensamento e comportamento frequentemente associados à depressão.

As terapias psicodinâmicas, que são ocasionalmente usadas no tratamento de pessoas deprimidas, focalizam a resolução dos sentimentos em conflito do paciente. Essas terapias são com frequência reservadas para um período em que os sintomas depressivos já estejam significativamente melhores.

De modo geral, as doenças depressivas graves, especialmente as recorrentes, necessitam de medicação (ou ECT em condições especiais) juntamente com a psicoterapia, ou precedendo-a, para um melhor resultado final.

Os transtornos depressivos podem desenvolver no paciente o sentimento de exaustão, impotência e desesperança. Esses pensamentos e sentimentos negativos fazem algumas pessoas sentirem vontade de desistir de tudo. É importante perceber que essas idéias negativas fazem parte da depressão. O pensamento negativo se desvanece quando o tratamento começa a fazer efeito. Desta forma o psicólogo durante as suas secções de tratamento deve desenvolver com o paciente o pensamento e sentimento positivos, tais como:

- Estabelecer objectivos realistas, à luz da depressão e assumir um grau razoável de responsabilidade.
- Decompor grandes tarefas a tarefas menores e estabelecer algumas prioridades.
- Incentivar a ficar com outras pessoas e confiar em alguém.
- Incentivar o paciente a participar de actividades que o façam se sentir melhor.

- Incentivar a realização de exercícios leves, ir a um cinema, um jogo de futebol ou participar de actividades religiosas, sociais ou de outro tipo pode ajudar.
- Esperar que seu humor melhore gradativamente e não imediatamente.
- Deixar que os familiares e amigos lhe ajudem, pois eles podem encorajar o paciente a permanecer em tratamento ou procurar um tratamento diferente se não ocorrer melhora alguma.

Intervir no âmbito da depressão pós-natal depende de medidas preventivas com intuito de promover a saúde mental de todos os elementos da família. Quando detectadas situações de risco é importante que o psicólogo observe e alerte aos familiares mais próximos.

O papel da companheira é fundamental no sentido de incentivar o pai a participar, fazendo-o sentir indispensável, promovendo uma relação precoce pai/ filho e antecipando assim a vivência afectiva do alargamento da célula familiar.

A promoção da auto-estima e das funções parentais ajudam os pais a ultrapassar as dificuldades nesta fase de adaptação, por isso, nesta fase o paciente e familiares devem contar com ajuda de uma equipa multidisciplinar, que promova visitas domiciliárias no primeiro mês do tratamento.

Como profissionais, devemos favorecer um melhor ajustamento na interacção, permitindo aos pais a expressão e valorização das suas competências, pois o envolvimento do pai é fundamental, não só pelo apoio que este deve dar à mãe e ao bebé, mas também porque ele pode estar a passar um período difícil de ajustamento, necessitando de ajuda.

No local de trabalho, os profissionais para assistência a empregados ou programas de saúde mental no trabalho podem ser úteis para ajudar os homens a compreender e aceitar a depressão como uma doença real que necessita de tratamento.

CAPÍTULO II – MÉTODO

2.1. Objectivos

2.1.1. Geral

Compreender a relação que existe entre a taxa de ocorrência de depressão pós-natal no homem e as variáveis sociodemográficas assim como com a percepção dos pais sobre o seu papel.

2.1.2. Específicos

- Analisar a associação entre a depressão pós-natal no homem no periodo compreendido entre o 3º e o 6º mês de vida do bebê e as variáveis sociodemográficas
- Estudar as percepções paternas sobre a paternidade
- Determinar a influência das percepções paternas na ocorrência da depressão pós-natal nos pais

2.2-Hipóteses de investigação

- I. A taxa de ocorrência de depressão pós-natal no homem varia em função de variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, nível académico, profissão, planeamento da gravidez, condições habitacionais)
- II. A taxa de ocorrência de depressão pós-natal no homem, varia em função de algumas percepções que os pais têm do seu papel de paternidade

2.3. Desenho e método

Trata-se de um estudo transversal. Tendo sido administrados num único momento os questionários que proporcionaram a recolha de dados.

2.4. Participantes

Amostra do estudo é constituída por 200 homens (maridos/companheiros) com idades compreendidas entre os 16 e os 34 anos, que correspondem aos pais de primogênitos com idades compreendidas entre 3 e 6 meses. O estudo realizou-se com os pais que durante os meses de Janeiro a Junho de 2011 acompanharam as esposas/companheiras as consultas externas no Centro materno-infantil (Dispensário), no Hospital Pediátrico do Lobito, nas suas residências e local de trabalho. O Centro materno-infantil situa-se na zona urbana do município de Benguela, que possui infraestrutura necessária para a realização do estudo.

Para fazerem parte da amostra, considerou-se importante a definição de alguns critérios de exclusão, a saber:

- Não saber ler e/ou escrever na língua portuguesa;
- Aceitar participar no estudo de forma voluntária;
- Ser marido ou companheiro da grávida com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos.
- O bebê não pode ter menos de 3 meses e mais de 6 meses de vida.

2.5. Instrumentos

2.5.1. Questionário de caracterização sócio-demográfica

Construímos um questionário de 18 questões (Anexo 1), com objectivo de recolher informação demográfica, social e pessoal dos maridos/companheiros, cujas esposas/companheiras têm primogênitos com idades compreendidas entre 3 e 6 meses de idade, assim como dados referentes ao bebé que consideramos relevantes para esta investigação.

2.5.2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

A EPDS foi utilizada para detectar a depressão pós-natal no homem (Anexo 5). É uma escala de autopreenchimento que tem por finalidade a

identificação e mensuração da intensidade dos sintomas de depressão pós-natal. O instrumento é composto por dez itens, que recebem pontuação de zero a três, de acordo com a intensidade relatada dos sintomas depressivos. A pontuação total na escala varia de 0 a 30, sendo considerados deprimidos os entrevistados que tiverem pontuação igual ou superior a 9 para homens. A cotação da EPDS, não permite fazer um juízo clínico, nem detecta distúrbios de ansiedade, fobias ou perturbações de personalidade. Porém esta escala apresenta elevada sensibilidade para a identificação de depressão e tem sido muito usada por ser econômica, por despende pouco tempo para o seu preenchimento e ter boa aceitação por parte dos pacientes com transtornos de humor.

Esse instrumento pode ser aplicado por profissionais não especializados em saúde mental e facilita a identificação precoce do quadro de depressão (Mattar et al., 2007).

Entretanto, apesar de esta escala ser válida na detenção da DPN é importante realçar que a aplicação de instrumentos para a avaliação de sintomas depressivos no pós-parto que constituem critério de diagnóstico da DPN podem ser usados para identificar a DPN com precisão (Lee et al., 2003) não deixando, contudo, de ser um dos instrumentos de autoavaliação da sintomatologia depressiva no período pós-natal mais utilizados em todo o mundo (Cantilino et al., 2010; Chaudron, Szilagyi, Kitzman, wadkins & Conwell, 2004).

2.5.3. Questionário de percepção da paternidade

O questionário contém 23 questões (Anexo 4) com o objectivo de investigar a percepção do marido/companheiro sobre as alterações decorrentes do nascimento do bebê e identificar algumas das atitudes nesta fase de vida do casal.

2.6. Procedimento

Numa primeira fase, solicitou-se autorização do director do Centro materno-infantil (Dispensário) e no Hospital Pediátrico do Lobito, para que fosse dada a possibilidade de fazer o trabalho, com os maridos ou companheiros de puerpéras utentes dos referidos centros.

Após a obtenção da autorização institucional, foram inquiridos os homens que reuniam as condições por nós definidas e que voluntariamente acederam em participar. Iniciou-se a colheita de dados, após a assinatura do termo de consentimento informado (Anexo 2), procedendo-se à administração directa de questionários (EPDS, Caracterização Sócio-demográfica e percepção da paternidade). Porém, alguns dados foram também recolhidos na residência e no local de serviço do Pai, uma vez que a sua presença nas consultas de puericultura é, por vezes, pouco regular.

A todos os participantes foi garantida a confidencialidade das respostas, sendo os questionários preenchidos devolvidos directamente à investigadora.

2.7. Processo de tratamento de dados

O processamento e o tratamento de dados foram realizados a partir da utilização do programa estatístico para ciências sociais, SPSS 16.0, para obtenção das frequências, média, desvio padrão, valores maximos e minimos.

Ainda se utilizou o t(test) do mesmo programa para a comparação de médias de depressão pós-natal com as restantes variáveis (socio-demograficas e percepção da paternidade).

CAPÍTULO III – RESULTADOS

3.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

A Tabela 1 faz a distribuição de frequências com relação à idade dos maridos/companheiros e ao peso dos bebês.

Analisando a referida tabela, observa-se que, de forma geral, a idade dos pais varia entre 16 e 34 anos, têm uma idade mínima de 16 e a máxima de 34, representando uma média de 23.12 anos e um desvio padrão de 4.16. Especificamente, os pais com idade compreendida entre os 16 e 20 anos (n=68) têm em média 18.88 anos de idade (DP=0.97), os pais com idade de 21 à 30 anos (n=119) têm uma média de 24.55 anos (DP=2.67) e os pais cuja idade varia de 31 à 34 têm uma média de 32.15 anos (DP=0.99). Quanto ao peso dos bebês, aos três meses o peso varia entre 3 e 9 mil gramas, em média 6.41 gramas (DP=1373.70); aos quatro meses, os bebês (n=60) têm um peso que varia entre 5 à 12 mil gramas, em média 7883.33 gramas (DP=1354.11); aos cinco meses, o peso situa-se entre 6 e 12 mil gramas, em média 8240.82 gramas (DP=1129.14); aos seis meses, o peso dos bebês é de 5 à 12 mil gramas, em média 8575.00 gramas (DP=1279.77). Importa realçar que todos os bebês (n=200) foram vacinados sem exceção.

Tabela 1 – Dados de caracterização demográfica da amostra

VARIÁVEL	N	Min	max	MÉDIA	DP
Idade /Pai	200	16	34	23.12	4.16
16 à 20	68	16	20	18.88	0.970
21 à 30	119	21	30	24.55	2.667
31 à 34	13	31	34	32.15	0.987
Peso dos bebês em gramas					
3 meses	51	3000	9000	6411.76	1373.70
4 meses	60	5000	12000	7883.33	1354.11
5 meses	49	6000	12000	8240.82	1129.14
6 meses	40	5000	12000	8575.00	1279.77
Situação vacinal dos bebês					
Vacinados	200				
Não vacinados	0				

Na tabela 2, pode observar-se que a maioria dos elementos da amostra é solteiro no seu estado civil oficial, o que representa 149 (74.5%) da

amostra e os casados 51 (25.5%), mas todos eles coabitavam com as esposas/companheiras 200 (100%).

Sobre o nível de instrução, aponta para os seguintes dados: dos questionados, podemos dizer que 130 pais (65%) completaram o segundo ciclo, 47 pais (23.5%) terminaram o ensino superior, 19 pais (9.5%) têm o primeiro ciclo completo, 3 pais (1.5%) com ensino primário e apenas 1 (0.5%) tem o nível de mestrado.

No que diz respeito à profissão dos pais, pode-se constatar o seguinte: A categoria funcionário público está representada por 117 pais (58.5%), os funcionários por conta própria representam 45 pais (22.5%), os funcionários por conta de outrem com uma representatividade de 23 pais (11.5%) e numa taxa menor encontra-se a categoria dos pais estudantes com 15 participantes representando 7.5%.

Quanto ao planeamento da gravidez, verifica-se que 115 pais (57.5%) responderam que sim e 85 pais (42.5%) referiram que não. Percebe-se que a maior parte dos pais planeou a gravidez.

Relativamente à área de residência dos pais. Pode-se verificar que 112 pais (56.0%) residem no centro da cidade, 12 pais (6%) residem na zona B, 5 pais (2,5% na zona C, 1 pai (0.5%) na zona D, 10 pais (5.0%) na zona E, 2 pais (1.0%) na zona F, 48 pais (24%) residem no município do Lobito, 6 pais (3.0) vivem na Catumbela e 4 pais (2.0%) habitam em Luanda.

Salienta-se que a maioria dos pais residem no município de Benguela nas mais diversas zonas e centro da cidade totalizando 142 pais (71%).

Em relação a actividade laboral, verifica-se que 187 pais (93.5%) trabalham enquanto que 13 pais (6.5%) não trabalham. Quanto à iluminação domiciliar, observa-se que 179 pais (89.5%) têm luz em casa ao contrário de 21 pais (10.5%) que não têm luz em suas residências. Com relação à disponibilidade de água, 166 pais (83.0%) têm água em casa enquanto que 34 pais (17.0%) não possuem água disponível em casa.

Tabela2 - Distribuição dos elementos da amostra pelas variáveis sócio-demográficas

VARIÁVEIS	N	%
Estado civil		
Casado	51	25.50
Solteiro/União de facto	149	74.50
Vive com a mãe do bebe		
Sim	200	100.00
Nível de instrução		
Ensino primário da 1ª à 6ª Classe	3	1.5
Primeiro Ciclo da 7ª à 9ª Classe	19	9.5
Segundo Ciclo da 10ª à 13ª Classe	130	65.0
Ensino Superior	47	23.5
Mestre	1	0.5
Profissão do Pai		
Funcionário Público	117	58.5
Estudante	15	7.5
Funcionário por conta de outrem	23	11.5
Funcionário por conta própria	45	22.5
Planeamento da gravidez		
Sim	115	57.50
Não	85	42.50
Local de residência do pai		
Centro da cidade	112	56.0
Zona B	12	6.0
Zona C	5	2.5
Zona D	1	0.5
Zona E	10	5.0
Zona F	2	1.0
Lobito	48	24.0
Catumbela	6	3.0
Luanda	4	2.0
O pai Trabalha		
Sim	187	93.50
Não	13	6.50
Tem luz em casa		
Sim	179	89.50
Não	21	10.50
Tem água em casa		
Sim	166	83.00
Não	34	17.00

Com respeito à percepção dos pais sobre a paternidade no pós-natal, a tabela 3 apresenta os seguintes resultados:

117 pais (58.5%) questionados sentem-se mais cansados na execução de suas tarefas agora que têm bebê e 83 pais (41.5%) não se sentem cansados; 120 pais (60%) estão preocupados com a ideia de não poderem ser bons pais e 80 pais (40%) não estão preocupados.

Quando interrogados sobre o desejo sexual, 182 pais (91%) disseram que sentem desejo sexual pelas suas esposas/companheiras e 18 pais (9%) disseram que não; 131 pais (65.5%) afirmaram que têm medo de magoar ou ferir o bebê e 69 pais (34.5%) disseram que não têm medo.

Quanto ao cheiro da esposa/companheira, 163 pais (81.5%) consideram-no agradável e 37 pais (18.5%) não o acham agradável; com relação à disponibilidade de tempo para si, 124 pais (62%) acham que não tem tempo suficiente para si, mas 76 pais (38%) dizem que o têm; quanto à lamentação da gravidez, 145 pais (72.5%) não lamentaram por suas esposas/companheiras terem ficado grávidas, mas 55 pais (27.5%) sim lamentaram-no; 169 pais (84.5%) acham que os seios de suas esposas/companheiras não demasiado grandes enquanto que 31 pais (15.5%) sim acham; 154 pais (77%) não acham os seios de suas esposas/companheiras demasiados pequenos e 46 pais (23%) sim acham; 107 pais (53.5%) não gostariam que suas esposas/companheiras cuidassem mais do seu corpo ao contrário de 93 pais (46.5%) que sim; quanto aos pais que referiram gostar que suas esposas tivessem mais cuidado com o seu corpo, apresentam-se os seguintes preferências: para 13 pais (6.5%), que engordassem; para 27 pais (13.5%) que emagrecessem; para 7 pais (3.5%), que fizessem exercício; para 6 pais (3%), que cuidassem do cabelo; para 4 pais (2.0%) que usassem roupas sexy; para outros 4 pais (2.0%), que mudassem de comportamento; para 10 pais (5.0%), que diminuíssem o volume abdominal; para 22 pais (11.0%), que cuidassem mais da beleza e finalmente para 106 pais (53.0%), que suas esposas ficassem como estão.

Quanto ao relacionamento sexual, 24 pais (12%) sentiram-se envergonhados e 176 pais (88%) não; a ideia das esposas/companheiras usarem roupas de grávidas agradou a 177 pais (88.5%) dos esposos/companheiros e não a 23 pais (11.5%); 177 pais (88.5%) sentiram-se felizes com a gravidez e 23 pais (11.5%) não se sentiram felizes pela gravidez; perguntados se ajudam as esposas/companheira em casa, 163 pais (81.5%) disseram que sim e 37 pais (18.5%) não ajudam as esposas em casa; 146 pais (73%) pensam em ter mais filhos, 53 pais (26.5%) não pensa ter mais filho e 1 pai (0.5%) está indeciso; 192 pais (96%) têm tido prazer em cuidar do bebê e 8 pais (4%) não o têm; quanto ao tempo de reinício da relação sexual no pós-natal, verifica-se o seguinte: 4 pais (2.0%) aos 15 dias, 61 pais (30.5%) com 1 mês, 75 pais (37.5%) aos 2 meses, 60 pais (30%) aos 3 meses.

Quanto ao prazer na relação sexual, 199 pais (99.5%) disseram que a relação sexual é desagradável e 1 pai (0.5%) diz não ser desagradável; 118 pais (59%) acham que a vida não será mais difícil agora que o bebê nasceu e 82 pais (41%) acham que sim, será difícil; 194 pais (97%) dos questionados gostam de brincar com o bebê e 6 pais (3%) não gostam; 147 pais (73.5%) dizem que o seu bebê não chora muito e 53 pais (26.5%) dizem que sim; finalmente, 141 pais (70.5%) disseram que conseguem dormir bem e 59 pais (29.5) não dormem bem.

Tabela.3 Distribuição de frequências na percepção dos pais à paternidade

VARIÁVEIS	N	%
Sente-se mais cansado agora a executar as tarefas do que antes de ter o bebe?		
Sim	117	58.50
Não	83	41.50
A ideia de vir a não ser um bom pai preocupa-o?		
Sim	120	60.00
Não	80	40.00
Deseja sexualmente a esposa/ companheira?		
Sim	182	91.00
Não	18	9.00
A ideia de poder ferir ou magoar o bebe preocupa-o?		
Sim	131	65.50
Não	69	34.50
Acha que o corpo da sua esposa/companheira tem um cheiro agradável?		
Sim	163	81.50
Não	37	18.50
Acha que tem tempo suficiente para si, agora que o bebe nasceu?		
Sim	76	38.00
Não	124	62.00
Lamentou que sua esposa/companheira ficasse grávida?		
Sim	55	27.50
Não	145	72.50
Acha que os seios de sua esposa/companheira estão demasiado grandes?		
Sim	31	15.50
Não	169	84.50
Acha que os seios de sua esposa/companheira estão demasiado pequenos?		
Sim	46	23.00
Não	154	77.00
Gostava que sua esposa/companheira cuidasse mais do corpo dela?		
Sim	93	46.50
Não	107	53.50
Se respondeu sim a questão anterior diga o que gostaria que ela fizesse?		
Engordar	13	6.50
Emagrecer	27	13.50
Fazer exercícios	7	3.50
Cuidar do cabelo	6	3.00
Usar roupas sexes	4	2.00
Mudar o comportamento	4	2.00
Perder a barriga	10	5.00
Cuidar da beleza	22	11.00
Ficasse como esta	106	53.00
Sentiu-se envergonhado no que se refere ao relacionamento sexual?		
Sim	24	12.00
Não	176	88.00
A ideia de sua esposa/companheira usar roupas de grávida agradou-lhe?		
Sim	177	88.50
Não	23	11.50
Tem se sentido feliz por sua esposa/companheira ter ficado grávida?		
Sim	177	88.50

Não	23	11.50
Ajuda a sua esposa/companheira em casa?		
Sim	163	81.50
Não	37	18.50
Pensa ter mais filhos?		
Sim	146	73.00
Não	53	26.50
Não sei	1	0.50
Tem tido prazer ao cuidar do bebe?		
Sim	192	96.00
Não	8	4.00
Quanto tempo depois de o bebe nascer começou a ter relações sexuais?		
15 Dias	4	2.00
1 Mês	61	30.50
2 Meses	75	37.50
3 Meses	60	30.00
Sente que a relação sexual é desagradável para si?		
Sim	199	99.50
Não	1	0.50
Pensa que a sua vida irá ser mais difícil agora que o bebe nasceu?		
Sim	82	41.00
Não	118	59.00
Gosta de brincar com o bebe?		
Sim	194	97.00
Não	6	3.00
O seu bebe chora muito?		
Sim	53	26.50
Não	147	73.30
Consegue dormir bem?		
Sim	141	70.50
Não	59	29.50

Os dados que serão apresentados em seguida permitem caracterizar a depressão pós-natal do homem quer em termos da sua prevalência quer em termos da sua possível variabilidade em função dos dados socio-demográficos e das percepções paternas.

3.2. Caracterização da depressão pós-natal paterna através da EPDS

Atraves da aplicação da EPDS foram encontrados os resultados da taxa de depressão nos pais, que se encontram representados na tabela 4.

Tabela4 Taxa de prevalência de depressão pós-natal paterna

Variáveis	N	%
Sem Depressão	102	51.0
Com Depressão	98	49,0

Como se pode analisar no respectivo gráfico, 102 pais (51%) não estão deprimidos e 98 pais (49%) estão deprimidos.

3.3. Análise comparativa de médias da depressão nas variáveis socio-demográficas e percepção da paternidade

Ao analisar a Tabela 5, observa-se que apesar das comparação de médias da depressão nas variáveis sócio-demográficas, se pode concluir, que não há significado estatístico com nenhuma delas.

Tabela 5- Comparação de médias de depressão nas variáveis socio- demográficas.

VARIÁVEIS	N	MÉDIA EPDS	T	gl	p
Estado Cívil					
Solteiro/união de acto	149	9.57	1.809	198	0.072
Casado	51	8.06			
O pai trabalha?					
Sim	187	9.13	-0.53	198	0.596
Não	13	9.92			
Planejamento da Gravidez					
Sim	115	9.17	-0.035	189	0.572
Não	85	9.20			
Pretende ter mais filhos?					
Sim	142	9.19	-0.170	180	0.866
Não	40	9.35			
Tem Luz em casa?					
Sim	179	9.06	-0.985	198	0.326
Não	21	10.24			
Tem água em casa?					
Sim	166	8.92	-1.595	198	0.112
Não	34	10.47			
Sexo do Bebê					
Femenino	91	9.66	1.184	198	0.238
Masculino	109	8.79			

Ao analisar a tabela 6, a partir do t(test) do SPSS, as comparações de médias da depressão quanto as percepções do pai sobre a paternidade, das 23 questões que foram ministradas aos 200 elementos que representam a amostra desta investigação, somente 3 delas apresentam significado estatístico.

Em média a sintomatologia depressiva dos pais preocupados com idea de vir a não ser um bom pai (M= 10.38) é maior do que os que não estavam preocupados com essa ideia (M=7.40). Esta diferença é estatisticamente significativa, $t(4.137)=198$, $p<0.001$.

A média de depressão nos pais que se preocupavam com ideia de poder ferir ou magoar o bebê (M=9.76) é maior do que a dos que não estavam preocupado (M=8.06), $t(2.196)=198$, $p=0.029$. Esta diferença é estatisticamente significativa.

Assim como a média de depressão dos pais que estavam felizes por sua esposa/companheira ter ficado grávida (M=8,84) é maior do que a dos pais que não estavam felizes com a gravidez (M=11,83), $t(-2,638)=198$, $p<0,009$. Essa diferença tem significado estatístico.

Tabela 6 – Comparação de médias de depressão na percepção da paternidade

VARIÁVEIS	N	MÉDIA EPDS	T	gl	p
Sente – se mais cansado agora a executar as tarefas do que antes de ter o bebê?					
Sim	117	9.50	1.035	198	ns
Não	83	8.73			
A ideia de vir a ser um bom pai preocupa-o?					
Sim	120	10.38	4.137	198	0.000
Não	80	7.40			
Deseja sexualmente a esposa/ companheira?					
Sim	182	8.97	-1.856	198	ns
Não	18	11.33			
A ideia de poder ferir ou magoar o bebe preocupa-o?					
Sim	131	9.76	2.196	198	0.029
Não	69	8.06			
Acha que o corpo da sua esposa/companheira tem um cheiro agradável?					
Sim	163	9.14	-0.251	198	ns
Não	37	9.38			
Acha que tem tempo suficiente para si, agora que o bebe nasceu?					
Sim	76	9.21	0.054	198	ns
Não	124	9.17			
Lamentou que sua esposa/companheira ficasse grávida?					
Sim	55	9.69	0.850	198	ns
Não	145	8.99			
Acha que os seios de sua esposa/companheira estão demasiado grandes?					
Sim	31	11.74	1.805	32.0 24	ns
Não	169	8.72			
Acha que os seios de sua esposa/companheira estão demasiado pequenos?					
Sim	46	9.43	0.372	198	ns
Não	154	9.11			
Gostava que sua esposa/companheira cuidasse mais do corpo dela?					
Sim	93	9.11	0.897	198	ns
Não	107	8.88			
Se respondeu sim a questão anterior diga o que gostaria que ela fizesse?					
Engordar	13	8.69	-0.536	38	ns
Emagrecer	27	9.52			
Sentiu-se envergonhado no que se refere ao relacionamento sexual?					
Sim	24	10.25	1.074	198	ns
Não	176	9.04			
A ideia de sua esposa/companheira usar roupas de grávida agradou-lhe?					
Sim	177	8.99	-1.448	198	ns
Não	23	10.65			

Tem se sentido feliz por sua esposa/companheira ter ficado grávida?	177	8.84	-2.638	198	0.009
Sim	177	8.84	-2.638	198	0.009
Não	23	11.83			
Ajuda a sua esposa/companheira em casa?					
Sim	163	9.10	-0.497	198	ns
Não	37	9.57			
Pensa ter mais filhos?					
Sim	146	9.01	-0.923	197	ns
Não	53	9.17			
Tem tido prazer ao cuidar do bebê?					
Sim	192	9.14	-0.662	198	ns
Não	08	10.38			
Quanto ao tempo depois de o bebê nascer começou a ter relações sexuais?					
1 mês	61	9.56	0.555	134	ns
2 meses	75	9.03			
Sente que a relação sexual é desagradável para si?					
Sim	01	9.00	-0.036	198	ns
Não	199	9.19			
Pensa que a sua vida irá ser mais difícil agora que o bebê nasceu?					
Sim	82	9.22	0.078	198	ns
Não	118	9.16			
Gosta de brincar com o bebê?					
Sim	194	9.14	-0.710	198	ns
Não	06	10.67			
O seu bebê chora muito?					
Sim	53	8.60	-0.953	198	ns
Não	147	9.39			
Consegue dormir bem?					
Sim	141	9.18	-0.003	198	ns
Não	59	9.19			

Como se pode verificar, a análise dos resultados apresentados permite dizer que a taxa de prevalência da depressão paterna no pós-natal, cerca de 49%, é considerada elevada. As variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas dizem respeito apenas àquelas relacionadas com a percepção dos pais à paternidade, como sendo: a preocupação com a ideia de paternidade, a preocupação com a ideia de ferir o bebê e o seu estado de ânimo com relação ao facto de sua parceira ter ficado grávida. Porém, importa salientar que nenhuma variável sócio-demográfica apresentou diferença estatística significativa.

Assim, no próximo capítulo procede-se a discussão desses resultados.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Depressão pós-natal paterna representa um transtorno emocional pouco estudado em relação a psicopatologia na mulher, o que faz com que a literatura com respeito a essa temática seja relativamente escassa (Gomez & Leal, 2006; Magno, 2008; Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Mors & Mortensen, 2006; Ramchandani, Stein, Evans & O'connor, 2005).

Apesar de pouco investigado, na literatura alguns autores têm encontrado taxas consideravelmente baixas de DPN paterna. Por exemplo, Madsen e Juhl (2007) encontraram uma taxa de prevalência de 5%; a meta-análise de Paulson e Bazemore (2010) estimou 10.4% entre 3-12 meses do pós-natal; Magno (2008) apresentou a prevalência de 15% dentro das seis semanas que sucederam o nascimento do bebê. Entretanto, a realização deste estudo mostrou que nem sempre assim ocorre. Pois, a taxa de prevalência achada em nosso estudo (cerca de 49%) é muito elevada, o que pode constituir já uma grande preocupação de saúde pública no contexto de Angola.

Entretanto, num estudo de correlação da DPN nos pais e mães no primeiro ano de vida do bebê desenvolvido por Dudley, Roy, Kelk e Bernard (2001), encontrou-se uma incidência de cerca de 48.9% de depressão nos parceiros, muito próxima da taxa encontrada no presente estudo. Segundo esses autores, a DPN paterna mostrou-se mais influenciada pelas dificuldades de personalidade materna e e situações do passado não resolvidas, problemas recentes de saúde mental da mãe e problemas elacionados com as crianças, assim como o estado civil e o relacionamento.

De acordo com Silva e Piccinini (2009), a vinda de um bebê, essencialmente quando se trata do primeiro, assinala substancialmente o começo de um novo ciclo familiar que traz consigo muitas transformações criando a necessidade de uma melhor adaptação dos cônjuges. Nessas situações, parece natural e compreende-se que o casal, sobretudo o pai, possa experimentar certa ansiedade relacionada com os cuidados que deve ter com o bebê, dada a inexperiência anterior. Daí que neste estudo, desenvolvido com pais cuja condição tinha de ser a primeira paternidade, seja revelada diferenças estatísticas significativas para a depressão nesses

pais em relação a preocupação de se tornar um bom pai e a eventualidade de poder prejudicar o seu bebé.

O alto índice de DPN paterna evidenciado neste estudo chama à atenção para a saúde mental dos pais. Pois, como consideram determinados autores, a DPN paterna encontra-se muitas vezes associada a efeitos deletérios no desenvolvimento emocional, cognitivo e comportamental da criança (Paulson & Bazemore, 2010; Ramchandani et al., 2005). O facto de a maior parte dos participantes deste estudo não ter se sentido feliz com a gravidez de sua parceira ter influenciado significativamente na emergência da sintomatologia depressiva paterna reforça a aceção anterior. Pois, quando o pai não se encontra feliz por a sua parceira ter ficado grávida poderá haver maiores dificuldades no seu ajustamento à paternidade e influência negativa no desenvolvimento do bebé e no relacionamento conjugal (Cardoso & Barata, 2010).

Existem factores que podem sobrecarregar os homens, dentre os quais se destaca: ser o principal responsável pelo sustento da família, tomar a iniciativa na conquista sexual e ser o responsável pelo prazer sexual feminino. Sendo assim, Falceto (2002), afirma que se tem verificado deterioração da relação no período pós-natal, uma vez que os pais passam a focalizar os cuidados com o bebé, negligenciando, deste modo, as atenções ao parceiro, fundamentais para manter a relação amorosa entre o casal.

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo teve como propósito compreender a relação que existe entre a taxa de ocorrência de depressão no pós-natal no homem e as variáveis sócio-demográficas, bem como o entendimento das alterações que ocorrem na sua vida resultante do facto de ter sido pai pela primeira vez.

A prevalência da depressão pós-natal neste estudo considera-se muito elevada, o que sugere que sejam tomadas medidas para uma melhor atenção à saúde mental da família e em particular a da dos pais de primogénitos. Referindo-se às variáveis com relevância para a ocorrência de sintomatologia depressiva no período pós-natal, salienta-se que não foi encontrada nenhuma relação estatisticamente significativa para as variáveis sócio-demográficas. Apenas algumas variáveis de percepção do pai/companheiro sobre o período pós-natal, revelaram-se estatisticamente significativas.

Nesse sentido, pode-se dizer que a taxa de ocorrência da depressão pós-natal no homem varia em função das percepções que os pais têm sobre a paternidade, como: a ideia de ferir ou magoar o bebé, de ser um bom pai e o seu sentimento de felicidade em relação a gravidez.

Considera-se que este estudo permitiu desenvolver o conhecimento sobre a depressão pós-natal em homens pais de primogénitos e afirmar sua existência em Benguela, sendo o primeiro estudo a ser realizado nesta localidade sobre a problemática.

Durante a realização do trabalho pode-se observar os seguintes pontos fortes: o facto de se ter investigado uma psicopatologia pouco abordada pela comunidade científica internacional e nacional, assim como a dimensão da amostra, é a utilização da EPDS pela 1ª vez no país.

Os pontos fracos do trabalho foram: o facto de termos utilizados instrumentos que não continham aspectos relacionados com o *modus vivendis* da nossa população no geral, o que pode ter criado algumas ambiguidades e incompreensões ao responderem as questões, apesar de alguns esclarecimentos prontos.

Ao finalizar não poderia deixar de sublinhar que este estudo não deve representar um trabalho terminado de maneira nenhuma mais sim uma porta aberta para futuras investigações que abram para o conhecimento ainda não explorado ou aprofundar novos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida-Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M. J., Aquino, E., James, S. A. & Kawachi, I. (2004). Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. *Social Science & Medicine*, 59(7), 1339-53.

American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., Texto Revisto). Climepsi Editores.

Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C. & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev.Psic.Clin.*, 33(2), p.46.

Antunes, M. S. do Couto. (2008). Relação Conjugal no Pós- Parto: Diferenças de Género. Tese de Mestrado em Psicologia, *Universidade de Lisboa*, Lisboa.

Abramson, L. E., Metalske, G. L. & Alloe, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.

Areias, M. E. G., Kumar, R., Barros, R. & Figueiredo, E. (1996). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal Psychiatry*, 36-41.

Arrais, A. R. (2005). *As Configurações subjectivas da depressão pós-parto: Para além da padronização patologizante*. Tese de Doutoramento. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília.

Associação Brasileira de Psiquiatria (2000). Depressão. NIH Publication No 00-3561. Disponível em: www.abpcomunidade.org.br/.../depressao.pdf acessado em Jan 2012.

Bayle, F. (2005). Parentalidade. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade: capítulo 12* (pp.317-346). Edições Fim de Século, Lisboa.

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

Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: new perspectives. In A.J. Clayton e J.E. Barrett (Eds), *treatment of depression: old controversies and new approaches* (pp.265-290). New York: Raven Press.

Bee, H. (1997). O ciclo vital. Porto Alegre: *Artes Médicas*.

- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Albuquerque, T. L. C., Paes, J. A., Montenegro, A. C. P. & Sougey, E. B. (2010). Postpartum depression in Recife – Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr.*, 59(1), 1-9.
- Canavarro, M. C. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade – Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e parentalidade: capítulo 9* (pp.225-256). Edições Fim de Século, Lisboa.
- Cardoso, E. M. P. & Barata, A. P. S. (2010). Depressão pós-parto... no masculino: revisão de literatura. In F. Cruz, I. Varandas, M. J. Santos, M. J. Miranda & M. T. Carvalho (Com. Cient.), *Vulnerabilidades na gravidez e no pós-parto: contributos* (pp. 379-385). Corrente Dinâmica: Formação e Eventos.
- Chaudron, L. H., Szilagyi, P. G., Kitzman, H. J., Wadkins, H. I. M. & Conwell, Y. (2004). Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics*, 113, 551-558.
- Cordeiro, O. (1998). Distúrbios mentais maternos do pós-parto. *Saúde Infantil*. 20 (1), 29-41.
- 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), 187-202. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830124397>
- Falceto, O. G. (2002). A influência de factores psicossociais na interropcao precoce do aleitamento materno [Tese de Doutoramento em Medicina; Clinica Medica]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Felix, G. M. A., Gomes, A. P. R. & França, P. S. (2008). Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Com. Ciências Saúde*, 19(1), 51-60.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e paternidade. In População e sociedade. *Edições Afrontamento*, 12, 83-102.
- Gomez, R. & Leal, I. (2006). Depressão na gravidez e período pós-natal nos dois progenitores: dados de um estudo exploratório com casais portugueses. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 227-233. Universidade do Algarve.

- Guédénéy, N. & Jeammet, P. (2001). Depressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*, 13(3), 51-64.
- Huang, C. & Warner, L. (2005). Relationship characteristics and depression among fathers with newborns. *Social Service Review*, 79, 95-118.
- Iaconelli, V. (N/D). Depressão pós-parto masculina. *Vera Iaconelli R: Ferreira de Araújo, 221 cj 96 Pinheiros 05428-000 SP tel 11 30326905*. Disponível em http://www.institutogerar.com.br/artigos/23_ARTIGO_DEPRESS%C3%83O%20POS%20PARTO%20MASCULINA.pdf
- Ibiapina, F. L. P.; Alves, J. A. G.; Busgaib, R. P. S. & Costa, F. S. (2010). Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. *Feminina*, 38(3).
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2006). Depressão – O mesmo acometimento para homens e mulheres. *Rev. Psiq. Clín.*, 33(2), 74-79.
- Lee, D. T. S., Yip, A. S. K., Chan, S. S. M., Tsui, M. H. Y., Wong, W. S. & Chung, T. K. H. (2003). Postdelivery for postpartum depression. *Psychosomatic Medicine*, 65, 357-361.
- Lewis, C. & Dessen, M. A. (1999). O Pai no Contexto Familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15 (1), 09-16.
- Ludermir, A. B. & Lewis, G. (2001). Links between social class and common mental disorders in northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol*, 36, 101-7.
- Madsen, S. A. & Juhl, T. (2007). Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *The Journal of Men's Health & Gender*, 4(1), 26-31. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1571891307000088>.
- Magno, A. M. O. (2008). *A depressão pós-natal no homem*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Maldonado, M. T., Dickstein, J. & Nahoum, J. C. (1997). Nós Estamos Grávidos. Porto Alegre: *Artes Médicas*, 10ª ed.
- Mattar, R., Silva, E. Y. K., Camano, L., Abrahão, A. R., Colas, O. R., Neto, J. A. & Lippi, U. G. (2007). A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Rev Brás Ginecol Obstet.*, 29(9), 470-7.

- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O. & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*, 296, 2582-2589.
- Najman, J. M., Andersen, M. J., Bor, W., O'Callaghan, M. J. & Williams, M. (2000). Postnatal depression - myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(1), 19-27.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Paulson, J. F. & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *JAMA*, 303(19), 1961-1969.
- Poinso, F., Samuelli, J., Delzenne, V., Huiart, L., Sparrow, J. & Rufo, M. (2001). Depressions du post-partum: Delimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mere-bébé. *La psychiatrie de l'enfant*, 442(2), 379-413.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J. & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, 365, 2201-2205.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.
- Silva, M. da R. (2007). Paternidade e Depressão Pós-Parto Materna no contexto de uma psicoterapia breve Pais- Bebê. Tese de Doutorado, *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre.
- Silva, M. R. (2003). Sentimentos sobre a paternidade e envolvimento de pais que reside e pais que não residem com seus filhos. Dissertação de Mestrado, *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre.
- Silva, M. R. & Piccinini, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 05-12.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Strock, M. (1994). Plain Talk About Depression. Information Resource and Inquiries Branch, Office of Communications, National Institute of Mental Health INIMH. *NIH Publication*. Nº 00-3561.

Verkerk, G. J. M., Denollet, J., Van Heck, G. L., Van Son, M. J. M. & Pop, V. J. M. (2005). Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 67, 632-637.

Warner, R., Appleby, L., Whitton, A. & Faragher, B. (1996). Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the Maternal Attitudes Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 351-358.

Winnicott, D. W. (1966). *A Criança e o seu Mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Zaconeta, A. M., Motta, L. D. C. & França, P. S. (2004). Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 69(3), 209-213.

ANEXOS

Anexo 1. Pedido de autorização para a realização do estudo

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

Benguela, 25 de Maio de 2011



Vimos por este meio solicitar a colaboração da vossa instituição para a realização da componente prática do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, promovido pela CESPU sob a orientação da docente Mestre Florbela Teixeira.

O trabalho visa avaliar **A Depressão Pós - Parto no Homem**. Para tal, solicitamos autorização para que se possa aplicar questionários aos pais que voluntariamente concordem em participar no estudo.

Certa de que considerará o nosso pedido com a maior consideração, subscrevemo-nos agradecendo desde já a atenção disponibilizada.

Com os melhores cumprimentos,

CESPU - Formação Angola S.A



FORMAÇÃO ANGOLA S.A.
RUA DE ABRIL, 1000-000 BENGUELA
(Fernando Oliveira D.E.)

Anexo 2. Termo de consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

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

Benguela, ___ de _____ de 2011

Anexo 3. Questionário de caracterização sócio-demográfica

Questionário de caracterização sócio-demográfica

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

Nome do Entrevistador _____

MÃE	PAI	BEBÉ
Idade da Mãe	Idade do Pai	Idade do Bebê
Data de nascimento da mãe	Data de nascimento do pai	Data de nascimento do bebê
Estado civil	Estado civil	Sexo do bebê
Habilitações literárias	Habilitações literárias	Peso
Local de residência	Local de residência	Comprimento
Trabalha?	Trabalha?	Vacinas
Profissão?	Profissão?	
Número de gravidezes	Nº de filhos	
Nº de filhos	A gravidez foi planeada?	
Último parto	Vive com a mãe do bebê?	
Tipo de parto	Pretende ter mais Filhos?	
Onde fez o parto	Tem luz em casa?	
Foi gravidez de termo?	Tem água em casa?	
A gravidez foi planeada?		
Vive com o pai do bebê?		
Pretende ter mais Filhos?		
Tem luz em casa?		
Tem água em casa?		

Anexo 4. Questionário de percepção da paternidade

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DA PATERNIDADE

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

	sim	não
1. Sente que fica mais cansado a fazer as suas tarefas agora do que antes de ter o bebé?		
2. A ideia de poder vir a não ser um bom pai preocupa-a?		
3. Deseja sexualmente a esposa/companheira?		
4. A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupa-o?		
5. Acha que o corpo da sua esposa/companheira tem um cheiro agradável?		
6. Acha que tem tempo suficiente para si, agora que o bebé nasceu?		
7. Lamentou que a sua esposa/companheira ficasse grávida?		
8. Acha que os seus seios da esposa/companheira estão demasiado pequenos?		
9. Acha que os seus seios da esposa/companheira estão demasiado grandes?		
10. Gostava que a sua esposa/companheira cuidasse mais do corpo dela?		
11. Se respondeu sim à questão anterior diga o que gostaria que ela fizesse		
12. Sentiu-se envergonhado no que se refere ao relacionamento sexual?		
13. A ideia de a sua esposa/companheira usar roupas de grávida agradou-lhe?		
14. Tem-se sentido feliz por a sua esposa/companheira ter ficado grávida?		
15. Ajuda a sua esposa/companheira em casa?		
16. Pensa ter mais filhos?		
17. Tem tido prazer ao cuidar do bebé?		
18. Quanto tempo depois de o bebé nascer começou a ter relações sexuais?		
19. Sente que a relação sexual é desagradável para si?		
20. Pensa que a sua vida irá ser mais difícil depois de o bebé nascer?		
21. Gosta de dar de brincar com o bebé?		
22. O seu bebé chora muito?		
23. Consegue dormir bem?		

Anexo 5. Escala de depressão de Edinburgh

EPDS

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

Nome do Entrevistador _____

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

Aqui está um exemplo:

Senti-me feliz

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

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

Desde há 7 dias:

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

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

2. Tenho tido esperança no futuro

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

3. Tenho-me culpada(o) sem necessidade quando as coisas correm mal

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

4. Tenho estado ansiosa(o) ou preocupada(o) sem motivo
- Não, nunca
 - Quase nunca
 - Sim, por vezes
 - Sim; muitas vezes
5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada(o) sem grande motivação
- Sim, muitas vezes
 - Sim, por vezes
 - Não, raramente
 - Não, nunca
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim
- Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las
 - Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes
 - Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
 - Não, resolvo-as tão bem como dantes
7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal
- Sim, quase sempre
 - Sim, por vezes
 - Raramente
 - Não, nunca
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz
- Sim, quase sempre
 - Sim, muitas vezes
 - Raramente
 - Não, nunca
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro
- Sim, quase sempre
 - Sim, muitas vezes
 - Só às vezes
 - Não, nunca
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma(o)
- Sim, muitas vezes
 - Por vezes
 - Muito raramente
 - Nunca