



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**MATERNIDADE-ESCOLA**



**ANA GABRIELA TELLES DE CARVALHO E SILVA**

**DEPRESSÃO PATERNA NO PERÍODO GESTACIONAL EM UMA  
MATERNIDADE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO, BRASIL**

**Rio de Janeiro**  
**2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**MATERNIDADE-ESCOLA**

**ANA GABRIELA TELLES DE CARVALHO E SILVA**

**DEPRESSÃO PATERNA NO PERÍODO GESTACIONAL EM UMA**  
**MATERNIDADE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Residência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal.

Orientador: Ana Cristina Barros da Cunha

Co-orientador: Daniela Porto Faus

**Rio de Janeiro**

**2017.**

Si381 Carvalho-e-Silva, Ana Gabriela Telles de  
Depressão paterna no período gestacional em uma maternidade pública do  
Rio de Janeiro, Brasil /Ana Gabriela Telles de Carvalho e Silva. -- Rio de  
Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2017.  
59 f. ; 31 cm.  
Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina Barros da Cunha;  
Trabalho de Conclusão de Curso (Residência multiprofissional) -  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Atenção  
Integral à Saúde Materno Infantil, 2017.  
Referências bibliográficas: f.38  
1. Depressão Paterna. 2. Pré-Natal. 3. Saúde do Homem. 4. Saúde  
Perinatal – Monografia. I. Cunha, Ana Cristina Barros da Cunha. II. Faus,  
Daniela Porto. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade  
Escola,

**DEPRESSÃO PATERNA NO PERÍODO GESTACIONAL EM UMA  
MATERNIDADE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO, BRASIL**

**ANA GABRIELA TELLES DE CARVALHO E SILVA**

**Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha**

**Co-orientadora: Daniela Porto Faus**

Trabalho de Conclusão de Residência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal.

**Aprovada por:**

---

**Ana Cristina Barros da Cunha**

---

**Daniela Porto Faus**

---

**Claudia Marcia Trindade Fanelli**

**Rio de Janeiro, de Março de 2017.**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais e irmãos pelo carinho e apoio de sempre, me dando segurança para alcançar os objetivos e as novas conquistas.

Ao meu namorado por sempre se fazer presente, mesmo na ausência, oferecendo escuta acolhedora e palavras de incentivo.

Aos meus familiares e amigos pelo carinho e compreensão nos momentos de ausência em função das demandas da residência.

Aos amigos de residência, em especial Jéssica, Marina, Viviane, Gabriela e Juliana, pelos momentos de descontração e por compartilharem os desafios e angústias do trabalho.

À equipe de psicologia da Maternidade-Escola pela confiança e disponibilidade nos momentos de preceptoria e pela enorme contribuição na minha formação enquanto psicóloga.

A todos os funcionários da Maternidade-Escola, que propiciaram um local de trabalho acolhedor e amigável.

Às orientadoras Ana Cristina Barros de Cunha e Daniela Porto Faus pela paciência e contribuição na realização desse trabalho.

À equipe do Lepids pela ajuda na coleta de dados.

## RESUMO

CARVALHO-E-SILVA, Ana Gabriela Telles de. **Depressão paterna no período gestacional em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil**. 2017. 59f. Trabalho de Conclusão de Residência. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Tradicionalmente, os serviços de pré-natal focam no atendimento ao binômio mãe-bebê, excluindo o pai. Apesar disso, a depressão paterna tende a ser comum durante o período gestacional e pode afetar negativamente a família e o desenvolvimento infantil. Torna-se fundamental reconhecer a depressão paterna a fim de aumentar a assistência aos homens durante a gestação da parceira e com isso minimizar os efeitos sobre a família e a criança. A partir de um delineamento transversal, o objetivo do presente estudo foi investigar a prevalência de depressão paterna entre os futuros pais, com o intuito de ampliar o olhar sobre a saúde do homem durante a gestação da parceira, atenuando o impacto deste transtorno na família. O inventário de depressão Beck (BDI) e a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) foram utilizados para identificar os sintomas depressivos em 79 homens. Os participantes foram acessados durante o pré-natal da parceira na Maternidade-Escola da UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil. A maior parte da amostra relatou se considerar negro, empregado e com educação de nível médio ou superior. 15.9% dos futuros pais apresentaram sintomas depressivos ao somarem escores acima do ponto de corte em um dos instrumentos. Os sintomas depressivos foram mais identificados pela BDI (n=11) do que pela EPDS (n=4), o que sugere que o BDI foi mais sensível à detecção dos sintomas depressivos do que a EPDS. O tamanho da amostra pode ser apontado como limitação do estudo, interferindo na generalização dos dados. No entanto, nossos resultados sugerem a importância de considerar a depressão paterna no período gestacional e o potencial impacto na família e na criança. Os resultados fornecem evidências quanto à importância de aumentar a assistência à saúde mental do homem nos serviços de pré-natal a fim de rastrear agravos como sintomas depressivos, especialmente em função do impacto negativo que a depressão paterna pode apresentar à gestação da parceira e ao desenvolvimento infantil.

**Palavras -chaves:** Depressão Paterna; Pré-Natal; Saúde do Homem

## ABSTRACT

CARVALHO E SILVA, Ana Gabriela Telles de. **Paternal depression during pregnancy in a Brazilian public maternity, Rio de Janeiro, Brazil.** 2017. 59f. TCR Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Prenatal care programs usually focus on mother and child while ignoring fathers. However, paternal depression tends to be common during pregnancy and can affect family and child development. Recognizing paternal depression is critical to increasing support for expectant fathers during pregnancy and may improve outcomes for the family and the infant. Using a cross-sectional design, this study investigates the prevalence of prenatal paternal depression among expectant fathers and the relationship of that depression with sociodemographic data. Beck Depression Inventory (BDI) and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) were used to evaluate 79 expectant fathers as they accompanied their partners to prenatal care services at Maternidade Escola of UFRJ, Rio de Janeiro, Brazil. The majority of the men in this sample were black, employed and had at least a high school education. 15.9% of expectant fathers showed symptoms of depression by scoring above the cutoff point on one of the two instruments. Depressive symptoms were better identified by BDI (n=11) than EPDS (n=4). Thus, BDI showed higher sensitivity to depressive symptoms than EPDS. A limitation of the study is the small sample size, which limits the generalization of findings. However, our findings suggest that it is important considering the paternal depression during pregnancy and its potential impact on the family and the infants. Results indicate the importance of including fathers in health assessments at prenatal care services in order to screen for paternal depression. Failure to screen paternal depression can have negative impact on maternal pregnancy and child's development.

**Key words:** Paternal Depression; Prenatal Care; Men's Health

## **LISTA DE SIGLAS**

APA	Associação Psiquiátrica Americana
BDI	Inventário de Depressão da Escala Beck
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EPDS	Depressão Pós-Natal de Edimburgo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ME-UFRJ	Maternidade-Escola da UFRJ
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>08</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1</b>	<b>Depressão</b> .....	<b>10</b>
<b>2.2</b>	<b>Depressão Materna</b> .....	<b>12</b>
<b>2.3</b>	<b>Depressão Paterna</b> .....	<b>13</b>
2.3.1	Sentimentos Paternos e Sintomas Específicos da Depressão Paterna.....	15
2.3.2	Depressão Paterna e Impacto na Família .....	17
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
<b>4.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>19</b>
<b>4.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>20</b>
<b>5.1</b>	<b>Casuística e Métodos</b> .....	<b>20</b>
<b>5.2</b>	<b>Instrumentos</b> .....	<b>20</b>
<b>5.3</b>	<b>Processamento e Análise dos Dados</b> .....	<b>21</b>
<b>5.4</b>	<b>Questões Éticas</b> .....	<b>22</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> Manuscrito Versão Traduzida: Prevalência e Impacto da Depressão Paterna no Período Gestacional em uma Maternidade Pública do Rio de Janeiro, Brasil.....	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>37</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>39</b>
	<b>ANEXO A- ESCALA EDIMBURGO DE DEPRESSÃO PRÉ-NATAL</b> .....	<b>45</b>
	<b>ANEXO B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA</b> .....	<b>46</b>
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO</b> .....	<b>49</b>
	<b>APÊNDICE B - MANUSCRITO VERSÃO ORIGINAL</b> .....	<b>50</b>
	<b>APÊNDICE C- PROTOCOLO DE REGISTRO DE DADOS GERAIS</b> .....	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho se insere na linha de pesquisa Atenção integral em Saúde perinatal, mais especificamente o projeto de pesquisa "Trajetórias desenvolvimentais da gravidez à infância: práticas clínicas em contextos de vulnerabilidade ao desenvolvimento e saúde", coordenado pela Profa. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha (orientadora desse trabalho) no Laboratório de Estudos, Pesquisa e Intervenção em Desenvolvimento e Saúde (LEPIDS) da Maternidade escola da UFRJ. Em consonância com a proposta da referida linha de pesquisa e os objetivos do citado projeto, o presente trabalho teve como propósito abordar a temática da depressão paterna, entendida aqui como a presença de sintomas depressivos identificados no homem durante o período puerperal.

A gestação é entendida como período de intensas transformações, de ordem biológica, psíquica, social e econômica, no qual é exigido dos pais inúmeras adaptações a fim de incluir o bebê na nova organização familiar. Diante de tantas mudanças e exigências, pode ser considerado um período de grande instabilidade emocional (BRAZELTON, 1989; PICCININI et al, 2004; SILVA; PICCININI, 2009). No entanto, a saúde do homem nesse período tem sido negligenciada pelos profissionais de saúde e familiares, uma vez que tradicionalmente a ênfase da assistência pré-natal tem sido dirigida para a saúde da gestante, da puérpera e da criança. Apesar disso, estudos vêm apontando a importância da inclusão dos homens nesses serviços, a partir da noção de que eles também apresentam risco aumentado para desenvolver transtornos de humor durante a gestação e levando em consideração a particularidade masculina que os afasta dos cuidados de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; LAURENTI; JORGE; GOTILIEB, 2005; BENAZZI; LIMA; SOUSA, 2011).

Acredita-se que os homens apresentam maior dificuldade em se reconhecerem doentes, expressarem seu sofrimento e buscarem ajuda. Isso tudo devido ao gênero masculino ser representado pelos atributos de força e virilidade relacionados à construção cultural da masculinidade. Com isso, percebe-se que a frequência desse grupo em espaços de saúde é menor do que de mulheres, apesar de estarem morrendo mais prematuramente (BRASIL, 2008). Outro fator relevante, diz respeito aos sintomas específicos da depressão paterna, o que torna ainda mais difícil o reconhecimento da doença por profissionais de saúde e familiares (BRASIL, 2008; GOMES et al, 2007; LAURENTI; JORGE; GOTILIEB, 2005; STROMBERG; BACKLUND; LÖFVANDER, 2010; BENAZZI; LIMA; SOUSA, 2011).

Nesse cenário, a depressão materna tem sido amplamente estudada, enquanto a depressão paterna tem tido pouca visibilidade, principalmente no âmbito nacional. Cada vez mais estudos vêm demonstrando a importância de ampliar o foco de atenção sobre esse tema. Além da taxa de prevalência da depressão paterna ser significativa - em torno de 10% na população mundial (PAULSON; BAZEMORE, 2010) - a presença de sintomas depressivos no período puerperal pode acarretar prejuízos importantes na relação conjugal e no desenvolvimento social, cognitivo e emocional da criança. Diante do exposto e atrelado ao meu interesse como psicóloga residente de uma maternidade pública destinada a atender usuários do Sistema Único de Saúde, o presente estudo teve por objetivo investigar a prevalência de depressão paterna no período gestacional e sua associação com dados sócio-demográficos entre os homens que frequentam as consultas do Serviço pré-natal da Maternidade-Escola da UFRJ (ME-UFRJ) para, com base nos achados encontrados, poder alertar aos profissionais de saúde sobre a necessidade de ampliar o foco de atenção para a saúde do homem durante o ciclo gravídico-puerperal.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

---

### 2.1 Depressão

A depressão é uma condição médica importante porque atinge aproximadamente 10% da população mundial e acarreta prejuízos importantes na vida dos indivíduos (WHO, 2009). Pesquisas revelam que os índices de prevalência chegam a ser duas vezes mais frequentes no público feminino, atingindo cerca de 10 a 25% das mulheres e cerca de 5 a 12% dos homens (FLECK et al., 2009; WHO, 2009). Vale ressaltar que alguns fatores podem contribuir para que a prevalência masculina seja subestima. O despreparo dos profissionais de saúde para diagnosticar corretamente a depressão, especialmente nos homens, é um dos obstáculos para estimativas mais corretas da depressão. Em geral, os profissionais tem dificuldade em identificar sintomas depressivos nos homens porque eles apresentam maior dificuldade em expressar suas emoções, se reconhecer doentes e buscarem ajuda. Constata-se, ainda, que os homens apresentam sintomas depressivos específicos, como por exemplo, tendência à agressividade, irritabilidade e comportamentos hostis, que muitas vezes passam despercebidos tornando o diagnóstico da depressão masculina pelos profissionais de saúde ainda mais difícil (STROMBERG; BACKLUND; LÖFVANDER, 2010).

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-V), da Associação Psiquiátrica Americana (APA) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), destaca como sintomas depressivos: humor deprimido, diminuição no prazer ou interesse em quase todas as atividades, perda ou ganho acentuado de peso, alteração no sono e apetite, fadiga ou falta de energia, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos recorrentes de inutilidade ou culpa inadequada, redução da concentração e ideação suicida. Para o diagnóstico adequado é necessário que o indivíduo apresente ao menos cinco dos sintomas citados, com persistência de no mínimo duas semanas, sendo obrigatória a presença do humor deprimido ou anedonia. O DSM- V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) aponta, ainda, que para a adequada classificação, o episódio depressivo deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento em alguma área importante da vida do indivíduo.

A depressão pode ocorrer de forma crônica e recorrente, acarretando impacto significativo em diversos setores da vida do indivíduo e conseqüentemente na forma deste se relacionar com outros (WHO, 2009; FLECK et al., 2009; KESSLER; BROMET, 2013).

Logo, a depressão é considerada uma questão de saúde pública mundial em função dos altos índices de incapacitação, prejuízo no funcionamento global e na qualidade de vida, elevados custos socioeconômicos, aumento do risco de desenvolvimento de doenças de alta mortalidade e elevado risco de suicídio (WHO, 2009; KESSLER; BROMET, 2013).

No Brasil, estima-se que a depressão atinge cerca de 10% da população (ROMBALDI et al., 2010). A preocupação com a realidade brasileira encontra um agravante na medida em que cerca de 30 a 60% dos quadros depressivos são sub-diagnosticados na assistência básica, sugerindo que tais índices sejam ainda maiores. Cabe ressaltar que cerca de 70% da morbimortalidade associada à doença pode ser prevenida com tratamento adequado (FLECK et al., 2009). O sub diagnóstico e sub tratamento dos quadros depressivos estão associados ao despreparo dos profissionais da assistência básica em realizar corretamente o diagnóstico e à descrença na efetividade do tratamento, ao mesmo tempo em que há dificuldade dos pacientes para buscar por atendimento em função do preconceito atrelado ao transtorno e a descrença quanto ao tratamento (FLECK et al., 2009).

Estudos epidemiológicos apontam a gestação e o puerpério como período de maior risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, como a depressão na mulher (SILVA; PICCININI, 2009). De acordo com o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCI, 2014), esta é associada ao peri parto quando os sintomas apresentam início durante a gestação ou nas quatro primeiras semanas após o parto.

Entretanto, o ciclo gravídico-puerperal é um período crítico na vida da mulher que pode contribuir para o desenvolvimento de episódios depressivos devido as intensas transformações, de ordem física, psíquica, econômica e social, vivenciados. Essas transformações caracterizam um momento de grande instabilidade emocional, agravado pela série de adaptações que o casal e cada um dos novos pais deve fazer para incluir o bebê na organização psíquica da nova família. A gravidez funciona, dessa forma, como preparação para os novos papéis que cada um deverá assumir com a chegada do bebê, como deixar o papel de filhos para assumir o papel de pai e mãe. Cabe ressaltar que cada um dos papéis relacionados à maternidade e à paternidade exige uma revisão da infância e das próprias experiências com os seus pais e mães, além da elaboração de sentimentos e fantasias. A complexidade psicológica da gestação pode, então, ser apontada como possível contribuinte para o desencadeamento de transtornos de humor como a depressão (BRAZELTON, 1989; PICCININI et al, 2004; SILVA; PICCININI, 2009).

## 2.2 Depressão Materna

A depressão materna configura-se como importante preocupação da saúde pública, na medida em que se estima que cerca de 10 a 20% das mulheres apresentam sintomas depressivos no período pós-parto, com impacto significativo na dinâmica familiar e no desenvolvimento infantil (SILVA; PICCININI, 2009; PAULSON; BAZEMORE, 2010).

Revisão sistemática de Correia e Linhares (2007) revelou que mães com problemas emocionais como ansiedade e depressão, tiveram filhos com maior probabilidade de desenvolver depressão e transtornos de comportamento na adolescência. Gawlik et al. (2014) corroboram com esse dado, alertando quanto à correlação significativa entre depressão não tratada durante a gestação e desfechos desfavoráveis como baixo peso ao nascer, parto prematuro e problemas comportamentais na criança.

Diferenças culturais no que diz respeito à vivência do nascimento de um filho e às repercussões desse evento podem influenciar no desenvolvimento e na intensidade do transtorno depressivo. Estudos têm apontado associação entre dificuldades socioeconômicas e a ocorrência da depressão, sugerindo que países em desenvolvimento apresentam percentuais mais elevados desse transtorno (SILVA; PICCININI, 2009; WHO, 2009). Lobato; Moraes e Reichenheim (2011) consideram ainda existir uma prevalência nacional de depressão materna entre 30% a 40% dentre usuárias de unidades básicas de saúde no Brasil.

De acordo com os sistemas classificatórios, não há diferença sintomatológica entre os sintomas depressivos apresentados durante o puerpério e os episódios ocorridos em outros períodos da vida da mulher (FRIZZO; PICCININI, 2005; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). No entanto, há um agravante quando os sintomas se apresentam no período puerperal devido à forte associação entre depressão materna e inadequação do funcionamento familiar. Faz-se mister diferenciar o quadro depressivo pós-parto e o quadro de *baby blues*, dado que esse último diz respeito a um transtorno de humor considerado normal no puerpério e que atinge cerca de 70% a 90% das puérperas. . O *baby blues* se caracteriza por labilidade transitória de humor, com remissão espontânea após cinco ou dez dias após o parto, não chegando a acarretar prejuízos importantes na relação mãe-bebê (FRIZZO; PICCININI, 2005).

Destaca-se, assim, a importância de um olhar mais atento às famílias cujas mães apresentam quadro depressivo, na medida em que tanto os filhos quanto o companheiro apresentam risco aumentado para desenvolver transtornos psiquiátricos (SILVA; PICCININI, 2009; WHO, 2009). Nesses casos, estudos têm atentado para a importância dos papéis

desempenhados pelo pai no sentido de minimizar os efeitos da depressão materna sobre a saúde mental da mulher e da criança.

Sabe-se que a qualidade da interação mãe-bebê é afetada pelos sintomas depressivos, visto que a mãe não consegue ser tão responsiva ao filho como normalmente o faria. Nesse momento, o pai não deprimido poderia atuar como cuidador, proporcionando ao bebê os cuidados e estímulos adequados às suas necessidades, reduzindo, assim, os riscos de psicopatologia infantil no futuro (SILVA; PICCININI, 2009). Para Silva e Piccinini (2009) a qualidade do apoio emocional recebido pelo parceiro é um dos melhores preditores para diminuição dos sintomas depressivos da mulher no puerpério por auxiliar no fortalecimento do sentimento de auto eficácia materna.

### **2.3 Depressão Paterna**

Enquanto a depressão materna tem sido amplamente estudada, a depressão paterna apenas recentemente passou a ser foco de pesquisas. Estudos recentes têm alertado sobre a importância do assunto, na medida em que os resultados demonstram impacto desfavorável importante no funcionamento familiar (PAULSON; BAZEMORE, 2010; PAULSON et al., 2016).

Através de revisão sistemática, Paulson e Bazemore (2010) estimaram uma prevalência de depressão em 10% dos pais nos períodos de gravidez compreendidos entre o terceiro trimestre gestacional e o primeiro ano após o parto. Esses autores consideram, ainda, que essa prevalência tende a ser mais alta no período gestacional, reduzindo logo após o parto e gradualmente aumentando durante o primeiro ano de vida da criança.

Em estudo longitudinal, Paulson et al. (2016) acompanharam 78 casais que moravam juntos e esperavam o primeiro filho a fim de avaliar o curso da depressão desde o terceiro trimestre da gestação até o sexto mês após o parto. Os autores encontraram uma prevalência de depressão nos homens de 34% no período gestacional, a qual reduziu para 10,3% no primeiro mês após o parto, mas aumentou novamente para 17,9% nos meses seguintes. Para esses autores o período compreendido entre o 3º e 6º mês após o parto foi considerado como período sensível para aumento dos sintomas depressivos.

Outros estudos sobre o tema têm atentado quanto à importância de se voltar para a saúde do homem no período gestacional, na medida em que os resultados têm demonstrado quantidade significativa de pais deprimidos nesse período (MATTHEY et al., 2000; BUIST;

MORESE; DURKIN; 2003; CONDON; BOYCE; COKINDALE, 2004; FIGUEIREDO; CONDE, 2011; GAWLIK et al., 2014). Dados obtidos por Matthey et al. (2000) demonstram que homens com sintomas depressivos no período gestacional apresentam risco aumentado em 65% de apresentar sintomas depressivos ao longo do primeiro ano pós-parto. Por outro lado, Gawlik et. al (2014) em estudo longitudinal com 102 pais alemães avaliados para sintomas depressivos durante a gestação de suas parceira e seis meses após o parto, encontraram prevalência de depressão de 9,8% no período pré-natal e 7,8% no pós-natal. Esses autores concluem afirmando a importância da implementação de uma triagem de depressão paterna no momento pré-natal. Na mesma linha, Figueiredo e Conde (2011) encontraram prevalência de 11,3% no primeiro trimestre; 6,6% no segundo trimestre; 5,5% no terceiro trimestre; 7,5% no nascimento e 7,7% três meses após o parto e também enfatizam como importante cuidar da saúde mental dos homens desde o início da gestação.

De forma análoga, estudos conduzidos por Condon; Boyce e Corkindale. (2004) e Buist; Morse e Durkin (2003) indicaram que a gestação como é um período de pico para o estresse perinatal masculino, ressaltando que os sintomas relacionados a esse período costumam estar aumentados na gestação e diminuir nos primeiros meses de vida do bebê. Como explicação, Buist; Morse e Durkin (2003) destacam o fato de o homem contar primordialmente com a companheira para suporte emocional. Também destacam que o homem é o principal responsável pelo suporte material e que isso pode aumentar o estresse financeiro e o estresse relacionado ao trabalho. Por fim, para esses autores deve ser considerado ainda o fato de que muitos homens não contam com um bom modelo parental, porque cresceram em tempos em que o pai tinha pouco envolvimento na criação dos filhos.

Cabe ressaltar que a maior parte dos estudos referentes à prevalência de depressão paterna foi conduzido em países desenvolvidos com amostras de população caucasiana. Assim, Pinheiro et al. (2006) destacam a importância da realização de estudos em países em desenvolvimento, com grupos étnicos e situação econômica e cultural diferentes.

Estudos têm sugerido correlações entre sintomas depressivos e transformações ocorridas na vida do homem durante o período puerperal, como por exemplo, as mudanças de ordem biológica e na relação conjugal, o estresse relacionado às funções atribuídas a ele nesse período e o histórico pessoal de depressão (FALCETO; FERNANDES; KERBER, 2012; FISCHER; GARFIELD, 2016). Revisão sistemática da literatura de Kim e Swain (2007) mostra que os homens experimentam mudanças nos níveis de testosterona, estrogênio, prolactina e cortisol durante o ciclo gravídico-puerperal, sugerindo que essas alterações hormonais podem ter influência no desenvolvimento da depressão nesse período.



Complementando, estudo de coorte realizado por Ramchandani et al. (2008) encontrou, como possíveis fatores preditores para o desenvolvimento de depressão paterna, a depressão pré-natal, sintomas de ansiedade no período pré-natal, baixo nível educacional, filhos e a depressão materna. Por sua vez, revisão sistemática de Schumacher; Zubaran; White (2008) conclui que os maiores fatores de risco são gestação não planejada, relacionamento conjugal não satisfatório, rede de suporte escassa e desemprego.

A literatura aponta forte correlação entre a presença de sintomas depressivos em um parceiro e o agravamento ou desenvolvimento da depressão no outro durante o ciclo gravídico-puerperal (MATTHEY et al., 2000; FIELD; DIEGO; HERNANDEZ-REIF, 2006; SILVA; PICCININI, 2009; PAULSON; BAZEMORE, 2010; KERBER; FALCETO; FERNANDES, 2011). Possivelmente isto se deve à importância que um parceiro representa no suporte emocional ao outro, uma vez que pais convivendo com mães deprimidas apresentam maior risco de também desenvolver depressão nesse período (SILVA; PICCININI, 2009; FIELD; DIEGO; HERNANDEZ-REIF, 2006; KERBER; FALCETO; FERNANDES, 2011).

Dados encontrados por Paulson e Bazemore (2010) sugeriram que a depressão paterna durante a gestação foi fator de risco para a piora nos sintomas da depressão pós-parto materna; ao contrário, pais não deprimidos durante a gravidez funcionam como fator de proteção para a melhora do quadro depressivo da mulher. Esses dados se tornam preocupantes, uma vez que, como já mencionado, pais deprimidos são menos responsivos à interação com o bebê, demonstram menos evidências de apego emocional ao filho e são menos capazes de estimular o desenvolvimento infantil. Dessa forma, a interação da depressão materna e paterna pode aumentar os danos ao desenvolvimento infantil, sendo importante saber identificar os sentimentos paternos e reconhecer os sintomas específicos da depressão paterna.

### 2.3.1 Sentimentos Paternos e Sintomas Específicos da Depressão Paterna

Apesar do pouco reconhecimento, o homem é profundamente afetado pela gestação e precisa realizar adaptações semelhantes às da mulher para assumir a paternidade. Tal exigência faz com que seja importante que ele possa contar com suporte emocional para dar vazão aos seus medos, anseios e inseguranças próprias desse momento. Durante a gestação e nascimento é frequente que a mãe desvie sua atenção para o bebê e que ela desenvolva uma visão mais negativa com relação ao parceiro, temendo que ele queira competir pela atenção do

filho (BRAZELTON, 1989). O binômio mãe-bebê passa também a ocupar o foco de atenção dos familiares e colegas do casal, que tendem a excluir o pai. De forma análoga, o homem é também excluído do foco dos profissionais de saúde, cuja atenção recai quase exclusivamente sobre a gestante e sobre a díade mãe-bebê. Com isso, é comum que ele experimente sentimentos de competição, ciúmes e exclusão, sendo que o último pode permanecer até os primeiros meses do bebê devido ao pai não participar tanto da rotina do filho porque não pode substituir a mãe em tarefas importantes como, por exemplo, a amamentação (BRAZELTON, 1989).

A literatura aponta que o homem recorre principalmente ao apoio emocional da companheira. Quando esta diminui a atenção disponível a ele, seja por causa das demandas relacionadas ao bebê, transtornos de humor ou conflitos conjugais, o homem tende a se afastar do núcleo familiar e passa a apresentar maior risco de desenvolver depressão pré e pós-natal (KERBER; FALCETO; FERNANDES, 2011; GAWLIK et al., 2014). Somado a isso, ainda existe o estresse referente ao exercício da paternidade e às funções atribuídas ao homem de provedor, apoiador emocional e parceiro romântico (BRAZELTON, 1989; FALCETO; FERNANDES; KERBER, 2012). Preocupações financeiras aumentam, atreladas ao fato de que ele precisa ainda se dividir entre o trabalho, a casa, sua companheira e sua relação com o filho. Com isso, nesse período o homem vive um estresse psicológico relacionado ao medo de falhar nas tarefas que lhe são atribuídas (BRAZELTON, 1989; FALCETO; FERNANDES; KERBER, 2012). Schumacher; Zubaran e White, (2008) acrescentam que o homem pode ainda temer se sentir ridicularizado por demandar atenção dos demais para si após o parto ou ainda durante a gestação quando desenvolve uma condição denominada Síndrome de Couvade. Nesse transtorno, homens durante a gravidez podem apresentar sintomas semelhantes ao da mulher durante a gestação, tais como indigestão, aumento ou redução de apetite, ganho de peso, diarreia ou constipação, dor de cabeça, dor de dente, náusea e insônia.

No que se refere às especificidades clínicas da depressão paterna, literatura tem apontado que, além dos sintomas habituais associados à depressão, os homens tendem a expressar alguns sintomas específicos. Enquanto as mulheres tornam-se mais melancólicas, por exemplo, os homens frequentemente apresentam sintomas como irritabilidade, raiva, rigidez afetiva, autocrítica, uso abusivo de álcool e drogas, excesso de trabalho ou busca por atividades com intuito inconsciente de se afastar do núcleo familiar, hostilidade e comportamentos impulsivos como, por exemplo, iniciar um caso extraconjugal ou abandonar a família após o parto (STROMBERG; BACKLUND; LÖFVANDER, 2010; RAMCHANDANI, et al., 2011).

Por fim, é importante ressaltar que estatísticas nacionais e internacionais têm demonstrado que os homens padecem de doenças crônicas mais severas e estão morrendo mais prematuramente, com risco de óbito aumentado quando comparado às mulheres (BRASIL, 2008). Percebe-se que os homens não frequentam os espaços de saúde na mesma proporção que o público feminino, na medida em que protelam a busca pela assistência e chegam às unidades de saúde quando o caso já se agravou (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO et al, 2007; LAURENTI JORGE; GOTILIEL, 2005; BENAZZI; LIMA; SOUSA, 2011).

Como já ressaltado, é importante o diagnóstico precoce da depressão paterna, sobretudo porque o estado emocional do pai é frequentemente negligenciado pelos profissionais de saúde e seus familiares. A inclusão do pai no pré-natal, por exemplo, costuma ser de forma a orientar ele a auxiliar nos cuidados à mãe e ao bebê. Tradicionalmente os espaços de saúde são voltados para o universo feminino e isso pode explicar em parte o fato do homem não figurar como foco de atenção em saúde. Culturalmente, o autocuidado não pertence ao universo do ideal de um homem forte, viril e invulnerável. Com isso, percebe-se que os homens evitam recorrer aos espaços de saúde e tendem a se colocar em situações de risco. Além disso, eles têm dificuldade em reconhecer seus sinais de adoecimento, temendo que sua invulnerabilidade seja posta à prova (BRAZELTON, 1989; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO et al, 2007; LAURENTI JORGE; GOTILIEL, 2005; BENAZZI; LIMA; SOUSA, 2011).

### 2.3.2 Depressão Paterna e Impacto na Família

Historicamente, os papéis desempenhados por mães e pais na criação dos filhos eram distintos, sendo a mãe responsável primariamente pelo cuidado do bebê e o pai por prover financeiramente à família. Nos últimos anos fatores como a inserção da mulher no mercado de trabalho e o alto índice de separação conjugal promoveram mudanças significativas no envolvimento paterno. Cada vez mais espera-se que o homem assuma de forma mais equitativa os cuidados com o bebê, ao mesmo tempo em que estudos vêm realçando a importância da interação pai-filho para o desenvolvimento infantil ((RAMCHANDANI, et al., 2005; SILVA; PICCININI, 2009; PAULSON; KEEFE; LEIFERMAN, 2009; FALCETO; FERNANDES; KERBER, 2012). Assim, torna-se importante que o homem se sinta incluído no período gestacional, na medida em que os vínculos precoces de afeto podem ser construídos quando o homem também se sente grávido. Nesse sentido, a depressão paterna é um fator preocupante também pelo impacto no bem-estar da criança e na qualidade da

interação pai-filho (SILVA; PICCININI, 2009; BENAZZI; LIMA; SOUSA, 2011; FALCETO; FERNANDES; KERBER, 2012).

Ainda pouco se sabe sobre os efeitos da depressão paterna no desenvolvimento infantil, porém estudos têm ressaltado que existem efeitos negativos sobre o comportamento social e emocional de crianças de três (3) anos, com maior risco de problemas de conduta para meninos (RAMCHANDANI, et al., 2005). A depressão paterna também pode se associar a um risco aumentado para problemas conjugais, com conseqüente efeito no comportamento infantil, com efeitos particularmente prejudiciais quando a depressão paterna ocorre no início da vida da criança (RAMCHANDANI et al., 2011).

Estudo longitudinal de Ramchandani et al. (2008) que acompanhou dez mil, novecentos e setenta e cinco (10.975) pais e seus filhos desde a 18ª semana de gestação até os sete (7) anos da criança, encontrou associação entre depressão paterna durante o ciclo gravídico-puerperal com o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em crianças aos sete (7) anos de idade, independente da presença de depressão materna. Paulson; Keefe; Leiferman. (2009) encontraram, ainda, a presença de sintomas depressivos em 10% dos pais aos nove (9) meses da criança, com associação negativa com o desenvolvimento cognitivo infantil, especialmente para habilidades de leitura e de linguagem. Todos esses estudos demonstram que a depressão paterna parece ter características próprias no que diz respeito ao impacto na família e no desenvolvimento da criança. Logo, a depressão paterna é particularmente preocupante, sobretudo quando se considera que o pai exerce papel fundamental no amparo físico e emocional da criança, proporcionando confiança para que ela possa explorar o mundo (BOWLBY, 1989).

### **3. JUSTIFICATIVA**

---

Apesar de ainda pouco estudada, a depressão paterna é um problema de saúde pública que atinge homens em todo o mundo. Durante o período gestacional a atenção dos profissionais de saúde e dos familiares é voltada quase exclusivamente para o binômio mãe-bebê, de forma que a saúde paterna é quase sempre negligenciada.

Com isso, a literatura sobre o tema ainda é escassa, especialmente no âmbito nacional. Pouco ainda se conhece sobre as particularidades da depressão pré-natal dos homens brasileiros, assim como seus efeitos sobre o ciclo gravídico-puerperal de casais atendidos no sistema público de saúde no Brasil. Assim, a questão da depressão paterna é importante na medida em que os estudos até o momento têm alertado quanto aos prejuízos desse transtorno para a vida do indivíduo, para a relação conjugal e para o desenvolvimento social, cognitivo e emocional da criança.

Diante do exposto, faz-se mister fomentar a literatura nacional sobre depressão paterna e, a partir de evidências científicas, alertar quanto à importância da inclusão paterna na assistência pré-natal.

### **4. OBJETIVOS**

---

#### **4.1 Objetivo Geral:**

Investigar a prevalência de depressão paterna no período gestacional em homens que frequentam as consultas do Serviço pré-natal na Maternidade-Escola da UFRJ (ME-UFRJ), a fim de ampliar o olhar sobre a saúde do homem durante a gestação da parceira, minimizando o impacto deste transtorno na família.

#### **4.2 Objetivos Específicos:**

Analisar a associação entre a depressão paterna e as variáveis: idade, emprego e situação de paternidade anterior à gestação atual.

## 5. METODOLOGIA

---

### 5.1 Casuística e Métodos

O presente estudo faz parte do projeto “Trajetórias desenvolvimentais da gravidez à infância: práticas clínicas em contextos de vulnerabilidade ao desenvolvimento e saúde”, coordenado pela Profa. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha (orientadora desse trabalho) no Laboratório de Estudos, Pesquisa e Intervenção em Desenvolvimento e Saúde (LEPIDS) da Maternidade escola da UFRJ. O referido projeto conta com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE n. 54895216.3.0000.5275) (ANEXO B).

Com base em delineamento descritivo transversal quantitativo a coleta de dados foi realizada no período de maio de 2016 a novembro de 2016 junto aos homens que acompanhavam suas parceiras gestantes às consultas do Serviço pré-natal da Maternidade-Escola da UFRJ (ME-UFRJ). A ME-UFRJ é uma instituição hospitalar pública do SUS que dispõe de assistência multiprofissional e especializada para o cuidado assistencial e atenção integral à saúde de gestantes e recém-nascidos de alto risco.

Participaram da pesquisa 79 homens, que frequentaram ao menos uma consulta de pré-natal junto com a parceira. Os critérios de inclusão e exclusão foram: a) idade superior a dezoito (18) anos; b) presença de algum risco gestacional dentre diabetes mellitus, gestação múltipla, hipertensão e/ou obesidade; c) estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A); e d) inviabilidade fetal.

Os participantes foram abordados durante a espera para consulta pré-natal e, após assinarem o TCLE aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, responderam aos instrumentos de coleta de dados descritos a seguir.

### 5.2 Instrumentos

Para avaliação dos sintomas depressivos foram usados a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS)(COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987) e o Inventário de Depressão da Escala Beck (BDI) (BECK; WARD; MENDELSON, 1961). Optamos pela utilização de dois instrumentos uma vez que a EPDS, apesar de amplamente utilizada para a avaliação de sintomas depressivos no ciclo gravídico-puerperal, foi originalmente desenvolvida para a população feminina, sendo sua aplicação no público masculina recente.

Conseqüentemente, a prevalência de sintomas depressivos entre os futuros pais foi determinada pela presença dos sintomas em uma das duas escalas.

A EPDS (COX et al., 1987) é uma escala de autopreenchimento composta por dez (10) itens preenchidos em uma escala do tipo Likert de três (3) pontos. Os itens se referem aos sintomas depressivos frequentemente observados no puerpério. A escala foi validada para amostra brasileira, sugerindo um ponto de corte  $\geq 10$  com valores de sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,4% (SANTOS, et al., 2007). Embora tenha sido originalmente desenvolvida para mulheres, a EPDS tem sido utilizada para avaliar a depressão pré-natal em homens (MATTHEY et al., 2001; RAMCHANDANI et al., 2005; FIGUEIREDO; CONDE, 2011, GAWLIK et al., 2014, PAULSON et al., 2016). Utilizamos o corte de  $\geq 10$ , como sugerido por Matthey et al. (2001), cujo estudo encontrou uma especificidade de 93,8% e valor preditivo positivo de 29,4% para avaliar a depressão paterna pré-natal e pós-natal.

O BDI (Beck et al., 1961) é um inventário de autopreenchimento, totalizando 21 itens preenchidos em escala do tipo Likert, com sistema de pontuação de 0 a 3 de acordo com a intensidade do sintoma. A partir do BDI os sintomas depressivos podem ser identificados e classificados em níveis mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19), moderado (20 a 35) e grave (36 a 63). O BDI demonstrou bons índices de consistência interna (Alpha de Cronbach  $\alpha > 0,80$ ) em estudo com a população brasileira (Gorenstein & Andrade, 1996). Para este estudo, utilizamos o ponto de corte de  $\geq 12$  para indicar a presença de sintoma depressivo atual.

Por fim, um Protocolo de dados gerais foi utilizado para identificação dos dados sócio demográficos (idade, escolaridade, emprego, período gestacional da parceira, presença de outro filho e tempo de relacionamento) e da percepção de suporte emocional oferecido pelo serviço pré-natal da instituição.

### **5.3 Processamento e Análise dos Dados**

A análise dos dados foi realizada através do programa R., interface R Studio, versão 3.3.1. Para as análises descritivas, foram calculadas a média e o desvio padrão da idade e observadas as proporções dos seguintes dados sócio demográficos: educação, etnia, ocupação, tempo de relacionamento, presença de filho anterior à gestação atual e trimestre gestacional.

Com relação à etnia, as respostas pardo/mulato e negro foram agrupadas na mesma categoria. Optou-se, ainda, em subdividir a variável “tempo de relacionamento” em quatro (4) subcategorias: inferior a um(1) ano para identificar relacionamentos recentes; entre um (1) e

cinco (5) anos para identificar relacionamentos de curto à médio prazo; e entre cinco (5) e dez (10) anos e superior à dez (10) anos, para identificar relacionamentos longos.

O teste Chi-quadrado foi utilizado para análises inferenciais entre os escores de depressão paterna identificados pelo BDI ou EPDS e os dados sócio demográficos citados, adotando-se a significância de  $p \leq 0.05$ . Como valores inferiores a cinco (5) impossibilitam a utilização do teste Chi-quadrado, foi usado o Teste Fisher para as análises inferenciais entre os escores de depressão paterna identificados pelo BDI ou EPD e os dados quando os valores esperados se encontravam abaixo de cinco (5), adotando-se o nível de significância  $p \leq 0.05$ .

#### **5.4 Questões Éticas**

O presente estudo seguiu todas as diretrizes de pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Assim, o estudo, que é um subprojeto do projeto “Trajetórias desenvolvimentais da gravidez à infância: práticas clínicas em contextos de vulnerabilidade ao desenvolvimento e saúde”, foi devidamente planejado respeitando-se os aspectos éticos previstos naquela resolução e só foi iniciado após a aprovação em 27/04/2016 pelo Comitê de Ética em pesquisa da Maternidade Escola/UFRJ, como já citado.



## 6. RESULTADOS

---

Os resultados serão apresentados na forma de manuscrito, cuja versão traduzida é apresentada a seguir. O manuscrito em sua versão original foi elaborado em inglês (APÊNDICE B) e será submetido à revista norte-americana *Journal of Affective Disorder*.

### PREVALÊNCIA E IMPACTO DA DEPRESSÃO PATERNA NO PERÍODO GESTACIONAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO, BRASIL

#### **Resumo**

**Introdução:** Tradicionalmente, os serviços de pré-natal focam no atendimento ao binômio mãe-bebê, excluindo o pai. Apesar disso, a depressão paterna tende a ser comum durante o período gestacional e pode afetar negativamente a família e o desenvolvimento infantil. Torna-se fundamental reconhecer a depressão paterna a fim de aumentar a assistência aos homens durante a gestação da parceira, minimizando os efeitos sobre a família e a criança.

**Métodos:** A partir de um delineamento transversal, o objetivo do presente estudo foi investigar a prevalência de depressão paterna entre os futuros pais e sua relação com os dados sócio demográficos. O inventário de depressão Beck (BDI) e a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) foram utilizados para identificar os sintomas depressivos em 79 homens. Os participantes foram acessados durante o pré-natal da parceira na Maternidade-Escola da UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.

**Resultados:** A maior parte da amostra relatou se considerar negro, empregado e com educação de nível médio ou superior. 15.9% dos futuros pais apresentaram sintomas depressivos ao somarem escores acima do ponto de corte em um dos instrumentos. Os sintomas depressivos foram mais identificados pela BDI (n=11) do que pela EPDS (n=4), o que sugere que o BDI foi mais sensível à detecção dos sintomas depressivos do que a EPDS.

**Limitações:** O tamanho da amostra pode ser apontado como limitação do estudo, interferindo na generalização dos dados. No entanto, nossos resultados sugerem a importância de considerar a depressão paterna no período gestacional e o potencial impacto na família e na criança.

**Conclusão:** Os resultados fornecem evidências quanto à importância de aumentar a assistência à saúde mental do homem nos serviços de pré-natal a fim de rastrear agravos como sintomas depressivos, especialmente em função do impacto negativo que a depressão paterna pode apresentar à gestação da parceira e ao desenvolvimento infantil.

**Palavras chaves:** depressão paterna; pré-natal; saúde do homem

## 1 Introdução

Faz parte dos objetivos do serviço de pré-natal oferecer suporte ao casal durante a transição para a paternidade. No entanto, homens frequentemente reportam sentimento de exclusão, na medida em que tradicionalmente os programas são direcionados ao binômio mãe-bebê. Estudos recentes têm ressaltado a importância da inclusão do pai nos serviços de pré-natal, com o intuito de monitorar a saúde mental do homem durante esse período (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; LAURENTI; JORGE; GOTILIEB, 2005; BENAZZI; LIMA; SOUSA, 2011). Nesse contexto, a depressão materna tem sido amplamente discutida, enquanto a depressão paterna apenas recentemente passou a ser foco de estudos (PAULSON et al., 2016; RAMCHANDANI et al., 2011). Apesar disso, estudos sugerem que a prevalência de depressão paterna tende a ser elevada durante o período gestacional (BUIST et al., 2003; FIGUEIREDO; CONDE, 2011; GAWLIK et al., 2014).

Em estudo meta-analítico, Paulson e Bazemore (2010) estimaram a prevalência da depressão paterna em 10% entre o primeiro trimestre gestacional e primeiro ano após o parto. Outros estudos demonstraram, ainda, que a prevalência tende a ser alta durante a gestação, diminuindo logo após o parto e gradualmente aumentando durante o primeiro ano de vida da criança (MATTHEY et al., 2000; PAULSON et al., 2016; GAWLIK et al., 2014). Resultados obtidos por Matthey et al. (2000) revelaram que homens deprimidos no período gestacional apresentaram 65% mais chances de desenvolver sintomas depressivos no primeiro ano após o parto. Dessa forma, autores enfatizam a importância de ampliar a atenção à saúde do homem durante a gestação de sua parceira (BUIST; MORSE; DURKIN, 2003; CONDON; BOYCE; CORKINDALE, 2004; FIGUEIREDO; CONDE, 2011; GAWLIK et al., 2014).

Pinheiro et al. (2006) denunciam a carência de estudos sobre a prevalência de depressão paterna em países em desenvolvimento com grupos étnicos e situações econômica e cultural diversificados, ressaltando que a maior parte dos estudos sobre o tema foram conduzidos com população caucasiana em países desenvolvidos. Cabe ressaltar que a literatura aponta relação

entre situação socioeconômica desfavorável e desenvolvimento de depressão, sugerindo risco aumentado em países em desenvolvimento, como o Brasil, cuja grande parte da população enfrenta dificuldades econômicas (MORAES et al., 2006; SILVA; PICCININI, 2009).

A literatura sugere, ainda, que homens costumam apresentar sintomas depressivos específicos, tais como: irritabilidade, raiva, rigidez emocional, autocrítica, uso abusivo de álcool e drogas, trabalho excessivo, hostilidade e comportamento impulsivo como casos extraconjugais e abandono familiar após o nascimento (STROMBERG; BACKLUND; LÖFVANDER, 2010; RAMCHANDANI et al., 2011).

O efeito da depressão paterna no desenvolvimento infantil ainda é pouco conhecido. Todavia, estudos têm demonstrado um impacto negativo importante no desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança, com risco aumentado de desvios comportamentais em meninos (RAMCHANDANI et al., 2005; RAMCHANDANI et al., 2008; PAULSON KEEFE; LEIFERMAN, 2009). A depressão paterna foi ainda associada ao aumento de desarmonia conjugal com consequente efeito no comportamento infantil (RAMCHANDANI et al., 2011).

Por fim, a depressão paterna aparenta contar com características próprias no que diz respeito ao impacto na família e no desenvolvimento infantil, através da interação pai-filho. Isso se torna alarmante na medida em que o pai representa papel fundamental no amparo físico e emocional da criança, proporcionando confiança para que ela possa explorar o mundo (BOWLBY, 1989). Apesar da literatura indicar índice elevado de depressão paterna e efeitos negativos deste na vida do homem, de sua companheira e do bebê, a saúde paterna continua sendo negligenciada por serviços de pré-natal. A partir disso e da hipótese de que os homens estão em risco aumentado para desenvolver sintomas depressivos na gestação da parceira, o objetivo do presente estudo foi investigar a prevalência de depressão paterna no período gestacional e sua relação com dados sócio demográficos em futuros pais que frequentam o serviço de pré-natal da Maternidade escola da UFRJ (ME-UFRJ), uma maternidade pública no Rio de Janeiro, Brasil.

## **2. Métodos**

### **2.1 Participantes e Procedimentos**

O presente estudo seguiu delineamento descritivo transversal e contou com amostra de 79 homens brasileiros, futuros pais, que acompanhavam suas parceiras gestantes às consultas do Serviço pré-natal da ME-UFRJ. A ME-UFRJ é uma instituição hospitalar pública terciária

que dispõe de assistência especializada à gestantes de alto risco, tal como diabetes mellitus, obesidade, hipertensão, malformação fetal, etc. O critério de exclusão foi: idade inferior a dezoito (18) anos e inviabilidade fetal. Entre o período de Maio de 2016 e Dezembro de 2016, um total de 100 futuros pais foram convidados a participar do estudo e 21 foram excluídos por apresentar idade inferior à 18 anos ou gestação com inviabilidade fetal. Os futuros pais foram acessados enquanto aguardavam a consulta de pré-natal de sua parceira. Após esclarecimentos sobre os propósitos do estudo, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE), formulado com respeito à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (CAAE n. 54895216.3.0000.5275).

## 2.2 Instrumentos

Os sintomas depressivos foram avaliados através da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) (Cox et al., 1987) e o Inventário de Depressão da Escala Beck (BDI) (BECK et al., 1961). A prevalência de sintomas depressivos entre os futuros pais foi identificada por escores acima dos pontos de corte em uma das duas escalas.

A EPDS (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987) é uma escala de autopreenchimento composta por 10 itens, preenchidos em uma escala do tipo likert de 3 pontos referentes aos sintomas depressivos frequentemente observados no puerpério. A EPDS foi originalmente desenvolvida para mulheres, porém tem sido utilizada para avaliar a depressão pré-natal em homens (MATTHEY et al., 2001; RAMCHANDANI et al., 2005; FIGUEIREDO; CONDE, 2011, GAWLIK et al., 2014, PAULSON et al., 2016). Embora seja considerada uma escala confiável, permanece sendo um instrumento recente para identificação de sintomas depressivos em futuros pais (PAULSON et al., 2016). A escala foi validada para amostra brasileira, sugerindo um ponto de corte  $\geq 10$  com valores de sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,4% (SANTOS, et al, 2007). Utilizamos o corte de  $\geq 10$ , como sugerido por Matthey et al. (2001), que encontraram especificidade de 93,8% e valor preditivo positivo de 29,4% para avaliar a depressão paterna pré-natal e pós-natal.

O BDI (BECK; WARD; MENDELSON, 1961) é um inventário de autopreenchimento, totalizando 21 itens em escala do tipo Likert, que identifica e classifica sintomas de depressão geral. O BDI demonstrou bons índices de consistência interna (Alpha de Cronbach  $\alpha > 0,80$ ) na população brasileira (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996). Para este

estudo, utilizamos o ponto de corte de  $\geq 12$  para indicar a presença de sintoma depressivo atual.

Por fim, o Protocolo de dados gerais foi utilizado para identificação dos dados sócio demográficos (idade, escolaridade, emprego, período gestacional da parceira, gestação anterior e tempo de relacionamento) e percepção de suporte emocional na instituição.

### 2.3 Análise dos Dados

A análise descritiva dos dados sócio demográficos foi realizada através do programa R. versão 3.3.1.

O teste Chi-quadrado foi utilizado para análises inferenciais entre os escores de depressão paterna identificados pelo BDI ou EPDS e os dados, adotando-se a significância  $p \leq 0.05$ .

Ainda, o Teste Fisher foi utilizado para análises inferenciais entre os escores de depressão paterna identificados pelo BDI ou EPD e os dados quando os valores esperados encontravam-se abaixo de 5, adotando-se o nível de significância  $p \leq 0.05$ .

### 3 Resultados

Os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1-** Dados Sócio Demográficos dos Pais (n=79)

	<i>Varição</i>	<i>M±DP</i>
<b>Idade</b>	18-52	30.9 (7.1)
	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Educação</b>		
Inferior ao Ensino Fundamental	9	11
Ensino Fundamental	21	26
Ensino Médio	33	41
Ensino Superior	16	20
<b>Etnia</b>		
Negro	55	69
Caucasiano	23	29
Origem indígena	1	1.2
<b>Ocupação</b>		
Empregado	71	90
Desempregado	8	10
<b>Tempo de relacionamento (anos)</b>		
<1	8	10
1-5	30	37

5-10	24	30
>10	17	21
<b>Gestação anterior</b>		
Sim	33	42
Não	46	58
<b>Trimestre</b>		
Primeiro	18	23
Segundo	27	34
Terceiro	34	43

Fonte: elaborada pela autora, 2017

Notas: M=média; DP=Desvio Padrão

Observou-se que 15 (18.9%) pais relataram contar com suporte emocional oferecido pela equipe da maternidade-escola.

Os dados referentes aos sintomas depressivos identificados pela EPDS e BDI estão sumarizados na tabela 2. Os instrumentos diferiram quanto aos resultados de sintomas depressivos e concordaram em 70 (88%) situações.

**Tabela 2** - Frequência de sintomas depressivos nos homens pela BDI e EDPS (N=79)

	EDPS	BDI
Deprimidos	4 (5%)	11 (13.9%)
Não deprimidos	75	68

Fonte: elaborada pela autora, 2017

Associações entre a presença de sintomas depressivos e idade ( $p = 0.093$ ), emprego ( $p = 0.098$ ) e paternidade anterior ( $p = 0.34$ ) foram analisados, porém não apresentaram associação estatisticamente significativa. Foram realizadas tentativas de associação entre sintomas depressivos e outros dados sócio demográficos (trimestre gestacional, educação, etnia e tempo de relacionamento), porém sem sucesso devido às limitações da amostra.

Com relação à prevalência de depressão, encontramos que 15.9% ( $M=7.28$ ,  $DP=23.10$ ) dos homens apresentaram sintomas depressivos durante a gestação da parceira. Foram classificados como deprimidos os pais cujas respostas foram superiores ao ponto de corte no BDI ou EDPS.

## 4 Discussão

O presente estudo identificou a presença de sintomas depressivos em homens que participaram das consultas de pré-natal junto com as parceiras em uma maternidade de risco no Rio de Janeiro, Brasil. Nossa hipótese de que os homens apresentam risco aumentando de desenvolver sintomas depressivos durante a gestação da parceira foi confirmada. A partir dessa hipótese, o objetivo do estudo foi investigar a prevalência de depressão paterna pré-natal entre os homens, sua associação com dados sócio demográficos e a percepção de suporte emocional pela instituição.

Os resultados obtidos corroboram parcialmente os achados de estudos anteriores que investigaram a prevalência de depressão paterna no período gestacional (BUIST; MORSE; DURKIN, 2003; FIGUEIREDO; CONDE, 2011; GAWLIK et al., 2014; PAULSON; BAZEMORE, 2010). Encontramos prevalência de depressão paterna pré-natal, estimada em 15.9%. Semelhantes aos nossos resultados, Buist; Morse; Durkin, (2003) encontraram prevalência de sintomas depressivos em 12% dos homens durante a gestação da parceira, obtidos através de escores iguais ou superiores a 10 na EPDS. Em estudo meta-analítico, Paulson e Bazemore (2010) estimaram a prevalência de depressão paterna em 10.4% dos homens entre o primeiro trimestre gestacional e o primeiro ano pós-parto. Por sua vez, Gawlik et al. (2014) encontraram que 9.8% dos homens estavam deprimidos no período gestacional, enquanto Figueiredo e Conde (2011) identificaram a taxa de prevalência de depressão paterna de 11.3% no primeiro trimestre, 6.6% no segundo trimestre e 5.5% no terceiro trimestre.

Dados obtidos pelas escalas BDI e EPDS diferiram quanto à classificação de sintomas depressivos nos homens. Enquanto a prevalência de tais sintomas foi 13.9% pela BDI, a EPDS identificou sintomas depressivos em apenas 5% da amostra. Assim, o BDI demonstrou maior sensibilidade para a detecção dos sintomas depressivos do que a EPDS. Cabe ressaltar que a depressão paterna tende a apresentar sintomas específicos que podem não ter sido detectados pela EPDS, posto que esta foi originalmente desenvolvida para acessar sintomas depressivos em mulheres (STROMBERG; BACKLUND; LÖFVANDER., 2010).

Nossos resultados sugerem prevalência ligeiramente superior em relação à literatura (BUIST; MORSE; DURKIN, 2003; FIGUEIREDO; CONDE, 2011; GAWLIK et al., 2014; PAULSON; BAZEMORE, 2010). No entanto, estão de acordo com achados de estudos anteriores conduzidos em países em desenvolvimento, que também encontraram taxa elevada de depressão paterna (MORAES et al., 2006; SILVA; PICCININI, 2009).

Acreditamos que essa taxa possa ser ainda mais elevada na população masculina brasileira em geral. Isso porque nossa amostra representa um grupo específico, dado que a maioria está empregada, possui ensino médio ou superior e está esperando o primeiro filho. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2016), 21.2% da população está desempregado ou subempregado e a maior parte dos usuários de serviços públicos de saúde estavam na 2<sup>a</sup> ou 3<sup>a</sup> gestação (VIELLAS et al., 2014), com nível de ensino inferior ao Ensino Médio (IBGE, 2013).

Autores apontam que situação de paternidade prévia à atual gestação poderia se relacionar ao aumento do estresse masculino durante a gravidez, na medida em que o pai costuma ser o principal provedor financeiro (RAMCHANDANI et al., 2008; BUIST; MORSE; DURKIN, 2003). No entanto, não encontramos associação significativa entre presença de sintomas depressivos e presença de outros filhos (gestação anterior) ( $p = 0.34$ ).

Podemos supor que os homens que puderam comparecer às consultas de pré-natal com as parceiras se encontram em situação privilegiada, posto que tal situação não é comum em serviços de pré-natal brasileiros. O convite à participação do pai no pré-natal da parceira foi incorporado como rotina em nossa instituição. Isso reflete uma estratégia inicial de envolver os pais no período gestacional, oferecendo assistência à saúde mental paterna nesse período. No entanto, cabe ressaltar que apenas quinze (15) entre os setenta e nove (79) participantes relataram sentir-se emocionalmente apoiados pela equipe do serviço de pré-natal da instituição, revelando que tal estratégia ainda não é suficiente.

Ademais, tendo em vista que os homens sofrem mais de doenças crônicas e severas e apresentam maior risco de morte prematura quando comparados ao público feminino, autores alertam que deve se tornar rotina dos programas de saúde incluir a atenção à saúde paterna durante as visitas de pré-natal (BRASIL, 2008; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; LAURENTI; JORGE; GOTILIEB, 2005; BENAZZI; LIMA; SOUSA, 2011).

Pinheiro et al., (2006) alertam quanto à necessidade de estudos sobre o tema em populações de diferentes culturas e grupos étnicos, especialmente em amostra não-caucasiana. Em nosso estudo, cinquenta e cinco (55) (69%) entre os setenta e nove (79) participantes relataram se considerar negro e sessenta e seis (66) (80%) reportaram não contar com ensino superior. Cabe ressaltar que a maior parte da população brasileira que frequenta os serviços públicos de saúde apresenta baixa renda. Isso se torna uma questão importante de discussão, na medida em que estudos brasileiros sugerem associações entre situação econômica desfavorável e sintomas depressivos (MORAES et al., 2006; SILVA; PICCININI, 2009).



Ainda com relação à amostra, identificamos média de idade igual a trinta ponto quatro (30.4) anos. É possível supor que pais mais velhos tenham mais chances de contar com situação financeira favorável, quando comparados a pais mais jovens, e isso apresentar influência positiva no estado emocional. Tal resultado poderia explicar o fato de não ter sido encontrada associação significativa entre idade e presença de sintomas depressivos, apesar do tamanho da amostra se colocar como limitação para tal análise estatística.

Podemos supor ainda que esses pais puderam contar com algum suporte emocional, visto que a maior parte da amostra relatou estar em um relacionamento longo (superior a cinco anos). A percepção de suporte emocional que receberam de suas parceiras pode ter contribuído para minimizar sintomas da depressão como o desamparo. Isso poderia confirmar nossa hipótese de que a prevalência de depressão paterna na população brasileira seja ainda mais elevada do que a de nosso estudo.

Acrescentamos a extrema importância de se estudar a depressão paterna no período gestacional em função do impacto negativo deste para o homem, sua família e para a criança. Apesar de ainda pouco conhecido, estudos apontam forte correlação entre depressão paterna e efeitos negativos no desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança, especialmente em meninos (RAMCHANDANI et al., 2005; RAMCHANDANI et al., 2008; PAULSON; KEEFE; LEIFERMAN, 2009) e na vida conjugal, como caso extraconjugal, abandono familiar após o nascimento e desarmonia conjugal, com influência no comportamento infantil (STROMBERG; BACKLUND; LÖFVANDER, 2010; RAMCHANDANI et al., 2011).

É importante destacar que os homens podem experimentar alto nível de estresse durante a gestação da parceira e são constantemente ignorados por profissionais de saúde (BUIST; MORSE; DURKIN, 2003; CONDON; BOYCE; CORKINDALE, 2004; FIGUEIREDO; CONDE, 2011; MATTHEY et al., 2000; GAWLIK et al., 2014; PAULSON et al., 2016). Com isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) - instituída pela Portaria GM/MS no 1.944, de 27 de agosto de 2009 - propõe a inserção do pai nos serviços de pré-natal como estratégia de aumentar a frequência deste grupo nos serviços de saúde (BRASIL, 2008). Apesar de recente e ainda pouco disseminada no Brasil, essa política se apresenta como estratégia importante para lidar com a situação alarmante da depressão paterna pré-natal.

Finalmente, podemos concluir e reafirmar a necessidade de mais estudos sobre o tema, com o intuito de compreender melhor o problema e possíveis soluções. Assim, estudar a

prevalência da depressão paterna durante a gestação, monitorando o impacto no pai, mãe e criança é uma etapa fundamental para o desenvolvimento de intervenções eficazes.

#### **4.1 Limitações**

Convém considerar algumas limitações do estudo. Primeiramente, destacamos que a amostra não representa inteiramente a população masculina que frequenta os serviços brasileiros de pré-natal, dado que o estudo foi conduzido em uma maternidade terciária que atende gestações de alto-risco. Dessa forma, os dados representam parceiros que já estão lidando com estresse da situação de vulnerabilidade relacionada à gestação de risco. Ainda, a maior parte dos homens relatou estar empregado (90%), com educação de nível médio ou superior (61%) e relacionamento estável de 5 anos ou mais (51%). Acreditamos que isso interfere na generalização dos dados, pois não reflete o perfil sócio demográfico geral de nossa população. Os usuários dos serviços públicos de saúde no Brasil tendem a ser uma população de baixa renda, frequentemente desempregada, com nível educacional baixo e uma mistura de pessoas com características pessoais e sócios demográficas diferentes.

Além disso, não é tão comum encontrar em instituições públicas futuros pais envolvidos e com possibilidade de comparecer às consultas de pré-natal, sendo mais frequente a mulher comparecer sozinha. Assim, nossa amostra representa um grupo singular, de forma que a prevalência de depressão paterna necessita ser mais investigada em amostras maiores e em outros serviços públicos de saúde.

Por fim, apontamos como limitação o fato dos instrumentos serem de autopreenchimento, o que limita maiores conclusões. Escalas de autopreenchimento oferecem restrições na confiabilidade das respostas, podendo resultar em falsos-positivos e falsos-negativos. Em síntese, reforçamos a importância e necessidade de futuros estudos a fim de replicar este, incluindo outras análises estatísticas e delineamentos metodológicos.

#### **5 Conclusão**

Apesar do estudo ainda estar em andamento, os resultados preliminares forneceram evidências quanto à importância do aprofundamento no tema depressão paterna no período gestacional. Aparenta ser um tópico importante para a criação de políticas públicas de saúde, com intuito de melhorar os serviços oferecidos ao casal e não apenas focados na mulher.

Depressão paterna no período gestacional é um tema relevante devido a sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade para todos os membros da família, assim como para o sistema de saúde pública. Torna-se importante e necessário o planejamento de estratégias de intervenção baseadas em evidências científicas a fim de prevenir e atenuar a depressão paterna e seus possíveis efeitos na vida do homem e de sua família.

Com isso, é imprescindível que os profissionais dos serviços de pré-natal estejam conscientes da questão a fim de proporcionar acolhimento e atendimento aos homens desde o início da gestação até o período pós-parto.

## REFERÊNCIAS

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v.4, n.6, p. 561–569, 1961. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/487993>>.

BENAZZI, A. S. T.; LIMA, A. B. S.; SOUSA, A. P. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 15, n.2, p. 327-333, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/849>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BOWLBY, J. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BUIST, A.; MORSE, C.A.; DURKIN, S. Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v.32, n.2, p.172–180, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12685668>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CONDON, J.T., BOYCE, P., CORKINDALE, C.J. The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. **Journal of Psychiatry**, v.38, n.1, p.56–64, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14731195>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

COX, J.L.; HOLDEN, J.M.; SAGOVSKY, R.. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. **The British Journal of Psychiatry**, v.150, p.782-786, 1987. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

FIGUEIREDO, B.; CONDE, A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. **Archives of Women's Mental Health**, v.14, n.3, p.247–255, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21479759>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

GAWLIK, S.; MULLER, M.; HOFFMANN, L.; DIENES, A.; WALLWIENER, M.; SOHN, C.; SCHLEHE, B.; RECK, C. Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. **Archives of Women's Mental Health**, v.17, n.1, p.49–56, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24022743>>. Acesso em: 3 ago. 2016.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C.. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? as explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000300015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000300015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 3 maio 2016.

GORENSTEIN C.; ANDRADE L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.29, n.4, p.453–457, 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8736107>>. Acesso em 3 maio 2016.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. 2013 Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>.

IBGE. PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>>.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M., GOTILIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n.1, p.35- 46, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2016.

MATTHEY, S.; BARNETT, B.; UNGERER, J.; WATERS, B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. **Journal of Affective Disorders**, v.60, n.2, p.75-85, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10967366>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

MATTHEY, S.; BARNETT, B.; KAVANAGH, D.J.; HOWIE, P. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. **Journal of Affective Disorders**, v.64, n.2, 175–184, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11313084>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

MORAES, I.G.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L.; SOUSA P.L.; FARIA, A.D. Prevalencia da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.1, p.65-70, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100011)>. Acesso em: 2 abr. 2016.

PAULSON, J.F.; KEEFE, H. A.; LEIFERMAN, J.A. Early parental depression and child language development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, n.3, p.254–262, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19175819>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

PAULSON, J.F.; BAZEMORE, S.D. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. **Journal American Medical Association**, v.303, n.19, p.1961–1969, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483973>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

PAULSON, J.F.; KEEFE, H. A.; LEIFERMAN, J.A. Early parental depression and child language development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, n.3, p.254–262, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19175819>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

PINHEIRO, R.T.; MAGALHÃES, P.V.S.; HORTA, B.L.; PINHEIRO, K.A.T.; SILVA, R.A.; PINTO, R.H. Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? population-based study in Brazil. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.113, n.3, p.230-232, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16466407>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

RAMCHANDANI, P.G.; STEIN, A.; EVANS, J.; O'CONNOR, T. G. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. **The Lancet**, v.365, n.1, p. 2201- 2205, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15978928>>. Acesso em: 13 maio 2016.

RAMCHANDANI, P.G.; STEIN, A.; O'CONNOR, T. G.; HERON, J.; MURRAY, L.; EVANS, J. Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: A Population Cohort Study. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v.4, n.47, p.390–398, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2650418>>. Acesso em 13 mar. 2016.

RAMCHANDANI, P. G., PSYCHOGIOIU, L.; VLACHOS, H.; ILES, J.; SETHNA, V.; NETSI, E.; LODDER, A. Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. **Depression and Anxiety**, v.28, p.471-477, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21506206>>. Acesso em 13 mar. 2016.

SANTOS, I.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B.; BARROS, A.; BOTELHO, I.; LAPOLLI, C.; MAGALHÃES, P.; BARBOSA, A.P.; BARROS, F. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n.11, p.2577- 2588, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100005)>. Acesso em: 5 abr. 2016.

SILVA, M.R.; PICCININI, C. A. Paternidade no contexto da depressão pós parto materna: revisando a literatura. **Estudos de psicologia**, v.1, n.14, p.5-12, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2009000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000100002)>. Acesso em: 5 jun. 2016.

STROMBERG, R.; BACKLUND, L.G.; LÖFVANDER, M. A comparison between the beck's depression inventory and the gotland male depression scale in detecting depression among men visiting a drop-in clinic in primary care. **The Nordic Psychiatrist**, v.4, n.64, p.258-264, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20100134>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.D.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M.M.; COSTA, J.V.; BASTOS, M.H.; LEAL, M.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, N.1, p.85-100, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016)>. Acesso em: 3 abr. 2016.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Os resultados encontrados são alarmantes, tendo em vista o índice elevado da prevalência de depressão paterna e os achados em literatura nacional e internacional referentes aos efeitos nocivos deste transtorno para o homem e toda a família. É fato que a saúde masculina costuma ser ignorada na atenção à saúde materno-infantil e nos serviços de pré-natal durante o período gestacional, dificultando, assim, a identificação dos sintomas depressivos nos futuros pais. Isso é particularmente grave, uma vez que é comprovada a importância do homem no suporte emocional à mulher grávida, assim como no exercício paterno para a promoção do desenvolvimento infantil.

Destacam-se algumas limitações do estudo que não permitem ampla generalização dos resultados alcançados. Primeiramente, a amostra não pode ser considerada representativa da população masculina que frequenta serviços de pré-natal brasileiros. O estudo foi conduzido em uma maternidade terciária com foco no atendimento de gestações de risco. Logo, os participantes representam parceiros que já estavam lidando com um estresse psicológico relacionado à situação de vulnerabilidade específica proveniente do risco gestacional a que estavam submetidos. Igualmente, aqueles parceiros representavam um grupo com disponibilidade financeira e de tempo para acompanhar suas mulheres ao serviço pré-natal. Possivelmente, homens com vínculos empregatícios mais frágeis, situação financeira mais precária ou com condição emocional mais fragilizada tenham encontrado maior dificuldade para acompanhar suas parceiras nas consultas de pré-natal, e com isso, não tenham participado da pesquisa. Isso é ainda mais preocupante na medida em que pais com aquelas características específicas representariam um grupo ainda mais vulnerável para manifestação de depressão paterna. Logo, os dados de prevalência encontrados podem ser ainda mais graves, tendo em vista que participantes com aquele perfil psicossocial de risco não foram incluídos no estudo. Sugere-se, então, estudos que possam investigar os índices de prevalência de depressão paterna em amostras maiores e em diferentes serviços públicos de saúde. Sugerimos, ainda, estudos que busquem identificar outros sintomas de sofrimento psíquico que homens possam estar experimentando no ciclo gravídico-puerperal, a fim de aprofundar o conhecimento sobre a saúde mental masculina neste período e propor intervenções a partir de evidências científicas.

Conclui-se, desta forma, que a depressão paterna é um problema de saúde pública que não pode ser mais negligenciado, tendo em vista sua magnitude e transcendência para esferas

mais amplas de vulnerabilidade física, psíquica e social. Esforços para lidar com a situação são recentes, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008), que propõe a inserção dos homens nos cuidados e atenção pré-natal. Essa medida política propõe ampliar o foco de atenção à saúde masculina nesse período da gestação, constituindo, assim, uma possibilidade de prevenção aos riscos da depressão e outros transtornos que podem acometer o homem durante a gravidez. Dessa forma, reitera-se a importância do planejamento de estratégias novas e eficazes para a promoção da saúde mental paterna que minimizem os efeitos negativos de quadros como a depressão para o próprio homem e sua família. Reforça-se também as medidas de intervenção já existentes que são, em geral, voltadas para a gestante e o bebê e agora passam a ser também direcionados para o pai. Entretanto, para efetivar essa política é imprescindível que os profissionais de saúde inseridos no pré-natal sejam sensibilizados para essa questão, voltados para prestar a devida atenção à saúde do homem, conscientes e preparados para receber e acolher o público masculino, assim como identificar os sinais peculiares de manifestação da depressão paterna.



## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM-V. 4.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014. Transtornos depressivos; p.155-188.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v.4, n.6, p. 561–569, 1961. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/487993>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BENAZZI, A. S. T.; LIMA, A. B. S.; SOUSA, A. P. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 15, n.2, p. 327-333, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/849>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BOWLBY, J. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BUIST, A.; MORSE, C.A.; DURKIN, S. Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v.32, n.2, p.172–180, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12685668>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 12 de dezembro de 2012.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego**: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CONDON, J.T., BOYCE, P., CORKINDALE, C.J. The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. **Journal of Psychiatry**, v.38, n.1, p.56–64, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14731195>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

CORREIA, L.L.; LINHARES, M.B.M. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.15, n.4, p.677-683, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/v15n4a24.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

COX, J.L.; HOLDEN, J.M.; SAGOVSKY, R.. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. **The British Journal of Psychiatry**, v.150, p.782-786, 1987. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

FALCETO, O. G.; FERNANDES, C. L.; KERBER, S.R. Alerta sobre a depressão pós-parto paterna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, n.7, p.293-295, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n7/01.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

FIELD, T.; DIEGO, M.; HERNANDEZ-REIF, M. Paternal depression effects and interventions: a review. **Infant Behavior and Development**, v.33, n.4, p.409-418, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20471091>>. Acesso em: 3 ago. 2016.

FIGUEIREDO, B.; CONDE, A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. **Archives of Women's Mental Health**, v.14, n.3, p.247-255, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21479759>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

FISHER, S.D.;GARFIELD, C. Opportunities to detect and manage perinatal depression in men. **American Family Physician**, v. 93, n.10, p.824-825, 2016. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2016/0515/p824.html>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

FLECK, M. P.; BERLIM, M. T.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; PORTO, J. A. D.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F.; HETEM, L. A. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.31, n.1, p.7-17, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462009000500003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500003)>. Acesso em: 3 maio 2016.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, v.10, n.1, p.47-55, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a06.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

GAWLIK, S.; MULLER, M.; HOFFMANN, L.; DIENES, A.; WALLWIENER, M.; SOHN, C.; SCHLEHE, B.; RECK, C. Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. **Archives of Women's Mental Health**, v.17, n.1, p.49–56, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24022743>>. Acesso em: 3 ago. 2016.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C.. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? as explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000300015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000300015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 3 maio 2016.

GORENSTEIN C.; ANDRADE L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v.29, n.4, p.453–457, 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8736107>>. Acesso em 3 maio 2016.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. 2013 Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>.

IBGE. PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>>.

KERBER, S.R.; FALCETO, O. G.; FERNANDES, C. L. C. Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.3, n.6, p.281-287, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n6/a04v33n6>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

KESSLER, R. C.; BROMET, E. J. The epidemiology of depression across cultures. **Annual Review of Public Health**, v.34, p.119-138, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23514317>>. Acesso 24 abr. 2016.

KIM, P.; SWAIN, J.E. Sad Dads: Paternal postpartum depression. **Psychiatry**, v.4, n.2, p.35-47, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922346>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M., GOTILIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, São Paulo, v.10, n.1, p.35- 46, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2016.

LOBATO, G.; MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v.2, n.4,

2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292011000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400003)>. Acesso em: 12 maio 2016.

MATTHEY, S.; BARNETT, B.; UNGERER, J.; WATERS, B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. **Journal of Affective Disorders**, v.60, n.2, p.75-85, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10967366>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

MATTHEY, S.; BARNETT, B.; KAVANAGH, D.J.; HOWIE, P. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. **Journal of Affective Disorders**, v.64, n.2, 175–184, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11313084>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

MORAES, I.G.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L.; SOUSA P.L.; FARIA, A.D. Prevalencia da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.1, p.65-70, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100011)>. Acesso em: 2 abr. 2016.

PAULSON, J.F.; KEEFE, H. A.; LEIFERMAN, J.A. Early parental depression and child language development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, n.3, p.254–262, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19175819>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

PAULSON, J.F.; BAZEMORE, S.D. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. **Journal American Medical Association**, v.303, n.19, p.1961–1969, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483973>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

PAULSON, J.F.; BAZEMORE, S.D.; GOODMAN, J.H.; LEIFERMAN, J. The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. **Journal American Medical Association**, v.19, n.4 p.655–663, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26790687>>. Acesso em 3 jun. 2016.

PICCININI, C.A. et al. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.3, n.17, p.303-314, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/prc/v17n3/a03v17n3.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2016.

PINHEIRO, R.T.;MAGALHÃES, P.V.S.; HORTA, B.L.; PINHEIRO, K.A.T.; SILVA, R.A.; PINTO, R.H. Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? population-based study in Brazil. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.113, n.3,

p.230-232, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16466407>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

RAMCHANDANI, P.G.; STEIN, A.; EVANS, J.; O'CONNOR, T. G. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. **The Lancet**, v.365, n.1, p. 2201- 2205,2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15978928>>. Acesso em: 13 maio 2016.

RAMCHANDANI, P.G.; O'CONNOR, T. G.; EVANS, J.; HERON, J.; MURRAY, L.; STEIN, A. 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**, v.49, n.10, p.1069-1078, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19017023>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

RAMCHANDANI, P.G.; STEIN, A.; O'CONNOR, T. G.; HERON, J.; MURRAY, L.; EVANS, J. Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: A Population Cohort Study. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v.4, n.47, p.390–398, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2650418>>. Acesso em 13 mar. 2016.

RAMCHANDANI, P. G., PSYCHOGIOU, L.; VLACHOS, H.; ILES, J.; SETHNA, V.; NETSI, E.; LODDER, A. Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. **Depression and Anxiety**, v.28, p.471-477, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21506206>>. Acesso em 13 mar. 2016.

ROMBALDI, A. J.; SILVA, M. C.; GAZALLE, F. K.; AZEVEDO, M. R.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.4, n.13, p.620-629, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2010000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000400007)>. Acesso em: 5 abr. 2016.

SANTOS, I.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B.; BARROS, A.; BOTELHO, I.; LAPOLLI, C.; MAGALHÃES, P.; BARBOSA, A.P.; BARROS, F. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n.11, p.2577- 2588, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100005)>. Acesso em: 5 abr. 2016.

SILVA, M.R.; PICCININI, C. A. Paternidade no contexto da depressão pós parto materna: revisando a literatura. **Estudos de psicologia**, v.1, n.14, p.5-12, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2009000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000100002)>. Acesso em: 5 jun. 2016.

SCHUMACHER, M.; ZUBARAN, C.; WHITE, G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. **Women and Birth**, v.2, n.21, p.65-70, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18479990>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

STROMBERG, R.; BACKLUND, L.G.; LÖFVANDER, M. A comparison between the beck's depression inventory and the gotland male depression scale in detecting depression among men visiting a drop-in clinic in primary care. **The Nordic Psychiatrist**, v.4, n.64, p.258-264, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20100134>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.D.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M.M.; COSTA, J.V.; BASTOS, M.H.; LEAL, M.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, N.1, p.85-100, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016)>. Acesso em: 3 abr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Geneva: WHO Press. 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2016.

**ANEXO A- ESCALA EDIMBURGO DE DEPRESSÃO PRÉ-NATAL**

Como você logo será pai, gostaria de saber como você está se sentindo nos últimos dias. Por favor, marque com um X a resposta mais próxima ao que você tem sentido.

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:
  - Como eu sempre fiz
  - Não tanto quanto antes
  - Sem dúvida, menos que antes
  - De jeito nenhum
2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia:
  - Como sempre senti
  - Talvez, menos que antes
  - Com certeza menos
  - De jeito nenhum
3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:
  - Sim, na maioria das vezes
  - Sim, algumas vezes
  - Não muitas vezes
  - Não, nenhuma vez
4. Eu tenho me sentido ansioso ou preocupado sem uma boa razão:
  - Não, de maneira alguma
  - Pouquíssimas vezes
  - Sim, algumas vezes
  - Sim, muitas vezes
5. Eu tenho me sentido assustado ou em pânico sem um bom motivo:
  - Sim, muitas vezes
  - Sim, algumas vezes
  - Não muitas vezes
  - Não, nenhuma vez
6. Eu tenho me sentido esmagado pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:
  - Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
  - Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
  - Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
  - Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:
  - Sim, na maioria das vezes
  - Sim, algumas vezes
  - Não muitas vezes
  - Não, nenhuma vez
8. Eu tenho me sentido triste ou arrasado:
  - Sim, na maioria das vezes
  - Sim, muitas vezes
  - Não muitas vezes
  - Não, de jeito nenhum
9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado:
  - Sim, quase todo o tempo
  - Sim, muitas vezes
  - De vez em quando
  - Não, nenhuma vez
10. A ideia de fazer mal a mim mesmo passou por minha cabeça:
  - Sim, muitas vezes, ultimamente
  - Algumas vezes nos últimos dias
  - Pouquíssimas vezes, ultimamente
  - Nenhuma vez

## ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Trajetórias desenvolvimentais da gravidez à infância: práticas clínicas em contextos de vulnerabilidade ao desenvolvimento e saúde

**Pesquisador:** Ana Cristina Barros da Cunha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54895216.3.0000.5275

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Patrocinador Principal:** FUN CARLOS CHAGAS F. DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FAPERJ

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.792.522

#### Apresentação do Projeto:

Considerando condições de risco à saúde e ao desenvolvimento como fatores estressores responsáveis por acarretar maior vulnerabilidade física e psicológica, exigindo estratégias de enfrentamento (coping) mais resilientes, o presente projeto apresenta uma proposta de pesquisa-intervenção no campo da Psicologia Pediátrica e Perinatal, em consonância com estudos anteriores conduzidos por mim desde 2010, quando ingressei como pesquisadora na Maternidade-Escola/UFRJ (ME\UFRJ). O objetivo geral do projeto será investigar possíveis associações entre variáveis moderadoras e mediadoras do enfrentamento do estresse em populações sob condições de vulnerabilidade física e psicossocial no contexto hospitalar a fim de propor estratégias de prevenção aos riscos e de promoção do desenvolvimento e saúde

#### Objetivo da Pesquisa:

Com interesse no estudo de novas possibilidades de avaliação (medida de biomarcadores, autorregulação e otimismo) e intervenção (mindfulness e acupuntura) psicológicas na área da Saúde Materno-infantil e em consonância com estudos

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180  
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br





MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.792.522

anteriores realizados desde meu ingresso no GT Psicologia Pediátrica em 2008 e na Maternidade-Escola da UFRJ, a proposta geral desse projeto será investigar variáveis moderadoras e mediadores do enfrentamento do estresse a fim de propor medidas de prevenção aos riscos e de intervenção/promoção do desenvolvimento e saúde em populações sob condição de vulnerabilidade física e psicossocial no contexto hospitalar, desde mulheres e casais que vivenciam uma gravidez de risco até profissionais de saúde que lidam com condições de risco à gravidez e ao nascimento, e seus consequentes estressores. Em linhas gerais, tais medidas serão planejadas com base na avaliação, identificação e análise de indicadores emocionais e de estratégias de enfrentamento do estresse, buscando estudar variáveis relacionadas a esse enfrentamento, como a autorregulação, o otimismo, dentre outros, que afetam a forma como as pessoas enfrentam situações de vulnerabilidade física e psicológica

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os procedimentos a serem realizados apresentam riscos mínimos para os participantes na medida que será oferecido a eles local apropriado no momento da coleta de dados para que se sintam confortáveis e motivados no momento da avaliação e da intervenção. As pesquisas realizadas neste projeto poderão trazer benefícios para os participantes, assim como para o serviço público de saúde, particularmente da Maternidade-Escola da UFRJ, na medida em que se espera que os tratamentos propostos (terapias complementares) apresentem resposta de redução significativa de níveis de ansiedade, estresse e depressão no grupo estudado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um projeto bem elaborado, com metodologia compatível com o desenho da pesquisa. A pesquisa não infringe a ética e apresenta pequeno risco para os participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados no projeto estão corretos. Nenhum termo adicional foi necessário para a emenda proposta.

**Recomendações:**

Aprovação do projeto.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180  
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br



MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.792.522

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há inadequações relacionadas ao aspecto ético.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_814216_E1.pdf	21/10/2016 20:46:09		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	03/04/2016 10:16:26	Ana Cristina Barros da Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAnaCunha.pdf	02/04/2016 12:40:48	Ana Cristina Barros da Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CV_Ana_Cunha.pdf	31/03/2016 01:10:19	Ana Cristina Barros da Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Livre_Consentimento.pdf	31/03/2016 01:03:06	Ana Cristina Barros da Cunha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Outubro de 2016

Assinado por:  
Ivo Basilio da Costa Júnior  
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180  
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br

## APÊNDICE A -TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO



UNIVERSIDADE  
DO BRASIL  
UFRJ

Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Instituto de Psicologia – IP/UFRJ  
Maternidade escola da UFRJ  
TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa “**Trajetórias desenvolvimentais da gravidez à infância: práticas clínicas em contextos**”, coordenado por mim, Prof. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha, do Instituto de Psicologia desta Universidade e que será realizado na Maternidade-Escola da UFRJ, como atividade de pesquisa e extensão para alunos de Pós-graduação (Residência) dos Programas de Residência Multiprofissional da UFRJ e de Graduação em Psicologia do IP/UFRJ. Você foi selecionado por ser atendido na Maternidade-Escola da UFRJ e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou ao seu atendimento na Maternidade. Todo o material recolhido pela observação, avaliação e intervenção realizadas será utilizado somente em trabalhos acadêmicos e científicos com o objetivo de objetivos específicos: a) identificar ações de prevenção primária e secundária existentes na instituição; b) identificar fatores de risco e vigilância do desenvolvimento infantil precoce, no caso de prematuridade e condição crônica de desenvolvimento e saúde; c) identificar de indicadores emocionais (estresse, ansiedade, depressão, apego materno-fetal, impacto da sobrecarga no cuidador) no enfrentamento da condição de vulnerabilidade a que estão expostos (gravidez de risco, prematuridade, condição crônica de desenvolvimento e saúde, estresse ocupacional) e d) identificar do padrão de mediação na interação familiar. Para tanto, serão realizadas observações e avaliação psicológica e nutricional, utilizando-se protocolos e instrumentos de avaliação padronizados. Todas as atividades poderão ser registradas em áudio (gravadas) para melhor processar e analisar os dados coletados. A pesquisa oferecerá informações para a Maternidade elaborar futuros projetos de atenção integral à saúde. Fica garantido o sigilo dos dados confidenciais e assegurada à privacidade dos participantes em todas as formas possíveis de identificação na divulgação de seus resultados. Seguindo as normas da resolução 462/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, os participantes do projeto têm todas as garantias de liberdade para aceitar a participação voluntária na pesquisa ou de abandoná-la a qualquer tempo. Quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados ao Comitê de Ética da Maternidade-Escola da UFRJ, pelo telefone (21) 2285-7935 (ramal 261), para o Instituto de Psicologia pelo telefone (021) 3873-5335 ou, ainda, para a própria Coordenadora do Projeto, Dra Ana Cristina B. Cunha, pelo telefone (21) 8185-9182.

Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de livre consentimento e esclarecimento em duas vias de igual teor.

Rio de Janeiro, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> *Ana Cristina Barros da Cunha*

<http://lattes.cnpq.br/9017520746153592>

Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia/UFRJ

Coordenadora e orientadora do Projeto

## APÊNDICE B - MANUSCRITO VERSÃO ORIGINAL

### **The Prevalence and Impact of Paternal Depression During Pregnancy in a Brazilian Public Maternity Hospital**

#### **Abstract**

**Background:** Prenatal care programs usually focus on mother and child while ignoring fathers. However, paternal depression tends to be common during pregnancy and can affect family and child development. Recognizing paternal depression is critical to increasing support for expectant fathers during pregnancy and may improve outcomes for the family and the infant.

**Methods:** Using a cross-sectional design, this study investigates the prevalence of prenatal paternal depression among expectant fathers and the relationship of that depression with sociodemographic data. Beck Depression Inventory (BDI) and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) were used to evaluate 79 expectant fathers as they accompanied their partners to prenatal care services at Maternidade Escola of UFRJ, Rio de Janeiro, Brazil.

**Results:** The majority of the men in this sample were black, employed and had at least a high school education. 15.9% of expectant fathers showed symptoms of depression by scoring above the cutoff point on one of the two instruments. Depressive symptoms were better identified by BDI (n=11) than EPDS (n=4). Thus, BDI showed higher sensitivity to depressive symptoms than EPDS.

**Limitations:** A limitation of the study is the small sample size, which limits the generalization of findings. However, our findings suggest that it is important considering the paternal depression during pregnancy and its potential impact on the family and the infants.

**Conclusions:** Results indicate the importance of including fathers in health assessments at prenatal care services in order to screen for paternal depression. Failure to screen paternal depression can have negative impact on maternal pregnancy and child's development.

**Key words:** paternal depression; prenatal care; men's health;

#### **1. Introduction**

One objective of prenatal care services is to support expectant parents in the transition to parenthood. However, expectant fathers often feel ignored during prenatal care as these programs traditionally focus on women. Recent studies, however, note the importance of including fathers in prenatal care services to monitor men's health during this period (Gomes et al, 2007; Laurenti et al., 2005; Benazzi et al., 2011; Paulson, 2016).

Recent studies reveal that fathers are at increased risk of depression in the gestational period (Paulson and Bazemore, 2010; Figueiredo & Conde, 2011; Gawlik et al., 2014). However, while maternal depression has been widely studied, paternal depression has been only investigated recently (Paulson et al., 2016; Ramchandani et al., 2011).

Paulson & Bazemore, 2010 used meta-analysis to estimate the prevalence of paternal depression at 10% of fathers between the first trimester and first year of postpartum. Also, this prevalence tends to be higher during pregnancy, decreasing soon after delivery, and

gradually increasing during the first year of child's development (Matthey et al., 2000; Paulson et al., 2016; Gawlik et al., 2014). Matthey et al. (2000) found that men who were depressed before the pregnancy had a 65% higher rate of depression symptoms in the first year postpartum. In part because of such findings, many authors emphasize the importance of increasing attention to men's health during their partner's pregnancy (Buist et al., 2003; Condon et al., 2004; Figueiredo & Conde, 2011; Gawlik et al., 2014).

To date, most studies about the prevalence of paternal depression have been conducted in developed countries with a Caucasian population. Studies exploring families from different ethnic groups, economic status, and cultural situations are critically needed to help understand the needs of families in developing countries (Pinheiro et al., 2006). Some studies have shown the link between socioeconomic status and depression, which suggests that populations with low income, such as Brazil, might be at a greater risk of depression (Moraes et al., 2006; Silva & Piccinini, 2009).

In general, it is common for men to show specific depressive symptoms, such as irritability, anger, emotional rigidity, self-criticism, abuse of alcohol and drugs, overwork, hostility and impulsive behavior, such as an extramarital affair or family abandonment after birth (Stromberg et al., 2010; Ramchandani et al., 2011). The effects of paternal depression on child development are largely unknown; however, studies have shown the negative effect of paternal depression on children's cognitive, social and emotional development, with increased risk for behavioral problems in boys (Ramchandani et al., 2005; Ramchandani et al., 2008; Paulson et al., 2009). Paternal depression was also associated with increased risk for marital disharmony, with effects on children's behavior (Ramchandani et al., 2011).

Finally, paternal depression seems to have a singular pattern that impacts family and child development, and affects parent-child interaction. Since the father has an important role in child development, the impact of paternal depression can be profound. Ideally, the father deasis which allows children to grow up both physically and emotionally, while encouraging them to explore the world (Bowlby, 1989). Even though literature confirms that paternal depression often results in negative outcomes for men, mothers and children, prenatal services usually fail to support the needs of expectant fathers (Benazzi et al., 2011; Gawlik et al., 2014)

Based on this and on the hypothesis that men are also at a great risk for depressive symptoms during pregnancy, our objective was to investigate the prevalence of prenatal paternal depression and its relationship with sociodemographic variables among expectant fathers who attended the prenatal care service of Maternidade Escola of UFRJ (ME-UFRJ), a Brazilian public maternity hospital in Rio de Janeiro, Brazil.

## **2. Methods**

### **2.1 Participants and Procedures**

The study employed a cross-sectional design and was conducted with a sample of 79 Brazilian expectant fathers, who were enrolled in their partner's prenatal care service at ME-UFRJ. The ME-UFRJ is a tertiary maternity hospital that attends at-risk pregnant women, such as women with diabetes mellitus, obesity, hypertension, fetal malformations etc. The exclusion criteria were: being under 18 years old, and having a fetus with serious medical condition. Between May 2016 and December 2016, a total of 100 expectant fathers were

invited to participate in the study, and 21 were excluded for being under 18 years old or having a child with serious medical condition. The expectant fathers were recruited and assessed while waiting for their partner's prenatal consultation. After an explanation of the purpose of the study, each participant signed an Informed Consent form based on the Ethics Committee for Research with Human Beings (Brazil, 2012) approved by the Ethics Committee of ME-UFRJ (CAAE n. 54895216.3.0000.5275).

## **2.2 Measures**

Depression symptoms were evaluated using both the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987) and Beck Scale Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961). The prevalence of depressive symptoms among expectant fathers was identified by scores exceeding cutoffs on either EPDS or BDI.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987) is a 10 item self-report scale that has been used to identify specific symptoms of prenatal and postpartum depression. EPDS was originally designed for women, but it has also been used to assess prenatal depression in men (Matthey et al., 2001; Ramchandani et al. 2005; Figueiredo & Conde, 2011, Hanington et al., 2011; Gawlik et al., 2014; Paulson et al., 2016). Although EPDS is considered a reliable scale, it remains a novel instrument to assess depressive symptoms in expectant fathers (Paulson et al., 2016). The scale was validated for the Brazilian population, suggesting a cutoff point of  $\geq 10$ , with good sensitivity (82.6%) and specificity (65.4%) (Santos, 2007). We used this cutoff point ( $\geq 10$ ), as suggested by Matthey et al. (2001) who found a specificity of 93.8% and a positive predictive value of 29.4% to evaluate paternal prenatal and postnatal depression by EPDS.

Beck Scale Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961) is a widely used 21-item self-report inventory that indicates and classifies symptoms of general depression. The BDI has demonstrated good indices of internal consistency (Cronbach Alpha  $\alpha > 0.80$ ) on the Brazilian population (Gorenstein & Andrade, 1996). For this study, we used the cutoff point of 12 to indicate the presence of current depressive symptom.

Also, sociodemographic data was obtained using a General Data Protocol. This instrument was developed to elicit self-report of sociodemographic data (age, education, employment, partner gestational trimester, previous pregnancy, time of relationship) and the father's perception of emotional support offered by the maternity hospital team.

## **2.3 Data Analysis**

The R programming for data science version 3.3.1 was used for statistical analysis. Sociodemographic data was analyzed descriptively in terms of means and standard deviations. Chi-Square test was used for inferential analysis to search for associations between paternal depression scores and sociodemographic data, adopting  $p \leq 0.05$  as significance level. Also, Fisher's Exact Test for Count Data was used for inferential analysis between paternal depression and sociodemographic data, when expected values were under 5, adopting  $p \leq 0.05$  as significance level.



### 3. Results

Sociodemographic data are summarized in Table 1.

**Table 1.**  
*Sociodemographic data of expectant fathers (N=79)*

	<i>Range</i>	<i>M±SD</i>
<b>Age</b>	18-52	30.9 (7.1)
	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Education</b>		
Less than Elementary School	9	11
Elementary School	21	26
High School	33	41
Higher Education	16	20
<b>Ethnicity</b>		
Black	55	69
White	23	29
Indian origin	1	1.2
<b>Occupation</b>		
Employed	71	90
Unemployed	8	10
<b>Length of relationship (years)</b>		
<1	8	10
1-5	30	37
5-10	24	30
>10	17	21
<b>Previous pregnancy</b>		
Yes	33	42
No	46	58
<b>Partner's pregnancy trimester</b>		
First	18	23
Second	27	34
Third	34	43

M=mean; SD=Standard Deviation

Fifteen (18.9%) fathers reported feeling emotionally supported by maternity hospital team.

Depressive symptoms data by EPDS and BDI are summarized in Table 2. The instruments revealed different results concerning depressive symptoms and agreed in 70 (88%) cases.

**Table 2.*****Frequency of expectant fathers with depression symptoms by BDI and EPDS (N=79)***

	EDPS	BDI
Depressed	4 (5%)	11 (13.9%)
Non depressed	75 (95%)	68 (86.1%)

No significant correlations were found between depressive symptoms, age ( $p = 0.093$ ), employment ( $p = 0.098$ ) and previous pregnancy ( $p = 0.34$ ). Associations between depression scores and other sociodemographic data (pregnancy trimester, education, ethnicity, length of relationship) were not performed due sample limitations.

Regarding the prevalence of depression, we found that 15.19% ( $M=7.28$ ,  $SD=23.10$ ) of expectant fathers showed depressive symptoms during their partner's pregnancy. The range of depression caseness included fathers who scored above the cutoff point on either EPDS or BDI.

#### **4. Discussion**

This study evaluated symptoms of paternal depression in men who accompanied their partners for prenatal care at a tertiary maternity hospital in Rio de Janeiro, Brazil, in a program for at-risk pregnant women. Our hypothesis was that men are also at-risk for depressive symptoms during pregnancy, which was confirmed. Based on this hypothesis, our objective was to study the prevalence of prenatal paternal depression among expectant fathers and determine whether sociodemographic factors appear to be related to the depressive symptoms. Also, the father's perception of emotional support offered by maternity hospital team was investigated.

The results partially support previous studies addressing the prevalence of paternal depression during the prenatal stage of pregnancy (Buist et al., 2003; Figueiredo & Conde, 2011; Gawlik et al., 2014; Paulson & Bazemore, 2010). Our study found a prevalence of 15.19% of expectant fathers with depressive symptoms, similar to other study (Buist et al., 2003). Buist et al. (2003) found a prevalence of 12% of depressive symptoms among fathers evaluated by EPDS during their partner's pregnancy. In a meta-analytic study about paternal depression, Paulson and Bazemore (2010) reported a prevalence of depressive symptoms among fathers around 10.4% between the first trimester and first year at postpartum periods, while Gawlik et al. (2014) found that 9.8% of men were antenatally depressed. In addition, Figueiredo and Conde (2011) found a prevalence of 11.3% of paternal depression at the first trimester, that decreased during the second trimester (6.6%) and third trimester (5.5%).

The EPDS and BDI differed in their sensitivity to prenatal depression. The prevalence of depressive symptoms was 13.9% according to BDI and only 5% according to EPDS. Thus BDI showed higher sensitivity to depressive symptoms than EPDS. Moreover, Stromberg et al. (2010) affirm that pre and postnatal depression on men have specific symptoms that might not have been detected by EDPS, because it was originally designed to assess female depressive symptoms.

Our results suggested prevalence slightly more elevated than others studies (Buist et al.,



2003; Figueiredo & Conde, 2011; Gawlik et al., 2014; Paulson & Bazemore, 2010). However, our findings align with other studies conducted in developing countries, which also found a high prevalence of paternal depression (Moraes et al., 2006; Silva & Piccinini, 2009). It is possible that the prevalence of paternal depression should be even higher in general Brazilian male population. Our sample is a specific group because the majority is employed, had at least a high school education, and more than half did not have children (previous pregnancy). According to the IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics) (2016) 21.2% of Brazilian population is unemployed or underemployed. The majority of people who attended health public services was at their 2<sup>nd</sup> or 3<sup>rd</sup> gestation (Viellas et al., 2014), and had less than High school education (IBGE, 2013).

Although fathering a child prior to the current pregnancy could increase a man's personal pressure to be the home's financial provider (Ramchandani et al., 2008; Buist et al., 2003), we found no significant statistical association between presence of depressive symptoms and previous pregnancy ( $p = 0.34$ ). We can suppose that those expectant fathers were of a social privileged group, because they were available to come with their partners for prenatal care service, which is not common in Brazilian prenatal care services. The invitation of expectant fathers to participate in their partner's prenatal care has become routine in our institution. It reflects a policy designed to involve fathers during the pregnancy period, while working to assist him ensuring his mental health. However, only 15 out of 79 expectant fathers reported feeling emotionally supported by the prenatal care service of maternity-hospital, revealing that this strategy is still not sufficient.

Furthermore, since men are at higher risk for serious and chronic disease as well as early death, it should become routine for health programs to be inclusive of fathers appearing during prenatal visits (BRASIL, 2008; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; LAURENTI; JORGE; GOTILIEB, 2005; BENAZZI; LIMA; SOUSA, 2011).

According to Pinheiro et al. (2006) it is necessary to conduct studies with different ethnic groups and cultural situation, especially non-caucasian population. In our study, the majority of the sample, eg. 55 (69%) of 79 expectant fathers, self-reported as being black and 66 (80%) without College degrees. Related to this, our sample should be considered a typical group of Brazilian men who were partners of pregnant women receiving maternity care in public health services in our country. Most of them had a low income, which is a critical factor to consider. Brazilian studies suggest that there are associations between socioeconomic status and paternal depression, because population with low standards of living are at higher risk for depression (Moraes et al., 2006; Silva & Piccinini, 2009).

Our sample primarily consisted of men over the age of 30 (MD=30.4 years old), who probably had no serious life difficulties or personal problems that would result in mental disorders, like depression. We can suppose that older fathers may have better financial situations and thus be better positioned to enjoy the pregnancy. This could explain the non-significant association between age and presence of depressive symptoms.

Moreover, most of them reported being in a long-term relationship (> 5 years). The perception of the emotional support they received from their partner could have contributed to minimize depressive symptoms such as helplessness. This could confirm our hypothesis that the prevalence of paternal depression in Brazilian population is higher than our findings.

Additionally, we feel it is critical to study paternal prenatal depression due to its

potential negative outcomes for a man, his family and his baby. Despite the fact that its impacts on child development are still unknown, some studies strongly suggest a relationship between paternal depression and negative effects on a child's cognitive, social and emotional development, especially for boys (Ramchandani et al., 2005; Ramchandani et al., 2008; Paulson et al., 2009). Others negative effects can be observed in marital life, such as the high risk for an extramarital affair, family abandonment after birth, and marital disharmony (Stromberg et al., 2010; Ramchandani et al., 2011). It is important to highlight that men can feel high stress during pregnancy, and that they are often ignored by health care systems and professionals (Buist et al., 2003; Condon et al., 2004; Figueiredo & Conde, 2011; Matthey et al., 2000; Gawlik et al., 2014; Paulson et al., 2016).

Therefore, the Brazilian National Policy for Integral Attention to Men's Health (PNAISH) (Brazil, 2008) proposes involvement of expectant fathers in prenatal care as a strategy to increase men's attendance in health care facilities and their experience of during pregnancy. Despite the recent development of this public policy, it can be used as a powerful tool in the detection of paternal prenatal depression. Finally, there is a strong need to conduct more studies about paternal depression, understand the problem and its effective treatment more fully. Studying the prevalence of paternal depression during pregnancy while monitoring its impact on the father, mother and infant are critical steps toward developing effective interventions.

#### **4.1 Limitations**

Nevertheless, some limitations of our study should be considered. First, the sample was not representative of male population who attend all Brazilian prenatal care services, because the study was conducted on a tertiary maternity hospital that attends only at-risk pregnancies. So, the data represents partners who are already coping with stress related to a situation involving an at-risk gestation. Also, the majority of men were employed, more than half had a high school or college education (61%), and had a stable marriage of at least five years together. Obviously, the generalization of findings do not reflect the general sociodemographic and profile of our population. Patients in the Brazilian health care systems tend to be low-income, frequently unemployed, have less education, while representing diverse personal and sociodemographic characteristics. Second, most of the time expectant fathers were unable to attend prenatal care with their partners in public health facilities. Frequently, the woman attends her prenatal care alone. Our findings need to be replicated in larger sample studies conducted within other health public services. A final challenge to generalizability of these findings is our reliance on self-report of the fathers. Self-report scales can have reliability issues that can result in both false-positive and false-negative errors. These findings are potentially critically important; however it is important for future studies to replicate this study, including other statistical analysis and methodological procedures to strength our findings.

#### **5. Conclusion**

Although this study is preliminary, our findings can provide intriguing evidence that paternal depression during pregnancy is a relevant subject to study. It appears promising to explore public health policies to improve services for the father during pregnancy, not only

for pregnant women. It is critical to plan intervention measures based on scientific evidence, to prevent paternal depression and its negative outcomes for a man, his partners, his family and his child. Paternal depression during pregnancy is relevant due to its magnitude, transcendence and the vulnerability of all family members to its impact. It is critical that prenatal care professionals start including fathers in health assessments from the beginning of pregnancy until puerperium period while monitoring the impact of that care on the mother, infant and father.

### References

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., 1961. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 4, 561–569.
- Benazzi, A. S. T., Lima, A. B. S., Sousa, A. P., 2011. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. *R. Pol. Públ.* 15, 327-333.
- Bowlby, J., 1989. *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Buist, A., Morse, C.A., Durkin, S., 2003. Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 32, 172–180.
- Brasil. Ministério da saúde, 2008. *Política nacional de atenção integral a saúde do homem*. Brasília, maio, 41p
- Condon, J.T., Boyce, P., Corkindale, C.J., 2004. The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 38, 56–64.
- Cox J.L. Holden J.M., Sagovsky R., 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 150, 782–786.
- Figueiredo, B., Conde, A., 2011. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Arch. Womens Ment Health* 14, 247–255.
- Gawlik, S., Muller, M., Hoffmann, L., Dienes, A., Wallwiener, M., Sohn, C., Schlehe, B., Reck, C., 2014. Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Arch. Womens Ment. Health* 17, 49–56.
- Gomes, R., Nascimento, E.F., Araújo, F.C., 2007. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, 23, 565-574.
- Gorenstein C., Andrade L., 1996. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*, 29, 453–457.
- Hanington, L., Ramchandani, P., Stein, A., 2010. Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior and Development*, 33, 88-95.
- IBGE, 2013. *Pesquisa Nacional de Saúde*.
- IBGE, 2016. *PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*.
- Laurenti, R., Jorge, M.H.P.M., Gotileb, S.L.D., 2005. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, 10, p.35- 46.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., Waters, B., 2000. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J. Affect. Disord.* 60, 75-85.

- Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D.J., Howie, P., 2001. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J. Affect. Disord.* 64, 175–184.
- Moraes, I.G., Pinheiro, R.T., Silva, R.A., Horta, B.L., Sousa, P.L., Faria, A.D., 2006. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40, 65-70.
- Paulson, J.F., Keefe, H.A., Leiferman, J.A., 2009. Early parental depression and child language development. *J. Child Psychol. Psychiatry* 50, 254–262.
- Paulson, J.F., Bazemore, S.D., 2010. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *J.Am. Med. Assoc.* 303, 1961–1969.
- Paulson, J.F., Bazemore, S.D., Goodman, J.H., Leiferman, J., 2016. The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *J.Am. Med. Assoc.* 19, 655–663.
- Pinheiro R.T., Magalhães P.V.S., Horta B.L., Pinheiro K.A.T., da Silva R.A., Pinto R.H., 2006. Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? population-based study in Brazil. *Acta Psychiatr Scand.* 113, 230-232.
- Ramchandani, P.G., 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.
- Ramchandani, P., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L, Evans, J., 2008. Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: A Population Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 47, 390–398. 21.
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., Lodder, A., 2011. Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety.* 28, 471-477
- Santos, I., Matijasevich, A., Tavares, B., Barros, A., Botelho, I., Lapolli, C., Magalhães, P., Barbosa, A.P., Barros, F., 2007. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública.* 23, 2577- 2588.
- Silva, M.R., Piccinini, C. A., 2009. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. *Estudos de psicologia.* 1, 5-12.
- Stromberg, R., Backlund, L.G., Lofvander, M., 2010. A comparison between the Beck's Depression Inventory and the Gotland Male Depression Scale in detecting depression among men visiting a drop-in clinic in primary care. *Nord J Psychiatry.* 64, 258-264.
- Viellas, E.R.; Domingues, R.M.S.M.; Dias, M.A.B.; Gama, S.G.N.; Filha, M.M.T.; Costa, J.V.; Bastos, M.H.; Leal, M.C., 2014. Prenatal care in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 30, 85-100.

## APÊNDICE C- PROTOCOLO DE REGISTRO DE DADOS GERAIS



### PROTOCOLO DE REGISTRO DE DADOS GERAIS

Nome da Gestante: \_\_\_\_\_

IG: \_\_\_\_\_ DPP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ambulatório: \_\_\_\_\_

Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ Aplicador: \_\_\_\_\_

1. Data de hoje: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Nome completo: \_\_\_\_\_

3. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 4. Idade: \_\_\_ 5. Telefone(s) para contato: \_\_\_\_\_

6. Cidade: \_\_\_\_\_

7 Escolaridade:

( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Médio Incompleto

( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Superior Incompleto

( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Completo

8. Como você se considera?

( ) Branco ( ) Amarelo(a) (de origem oriental)

( ) Negro ( ) Indígena ou de origem indígena.

( ) Pardo/mulato

9. Estado Civil: \_\_\_\_\_

10. Há quanto tempo vive com essa companheira? \_\_\_\_\_

11. Primeira gestação? ( ) Sim ( ) Não

12. Gravidez planejada? ( ) Sim ( ) Não 13. Desejada? ( ) Sim ( ) Não

14. Fizeram algum tratamento para engravidar? ( ) Sim ( ) Não 15. Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

16. Já pensaram no nome do bebê? ( ) Sim ( ) Não 17. Se sim, qual? \_\_\_\_\_ -

18. Gravidez de risco? ( ) Sim ( ) Não 19. Se sim, qual?(materno/fetal) \_\_\_\_\_

20. Tem outros filhos? Sim ( ) Não ( ) 21. Se sim, idade deles: \_\_\_\_\_

22. Trabalha? ( ) Sim ( ) Não 23. Se sim, em quê? \_\_\_\_\_

24. Tipo de vínculo empregatício \_\_\_\_\_

25. Companheira está trabalhando atualmente? ( ) Sim ( ) Não

26. Crença espiritual/religiosa: \_\_\_\_\_ 27. Praticante? ( ) Sim ( ) Não

28. Nesse período, alguém tem lhe ajudado de alguma forma? \_\_\_\_\_

29. Além dessa ajuda, você tem recebido algum outro tipo de auxílio?

Apoio financeiro: ( ) Bolsa Família

( ) Ajuda de parente

( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

Apoio emocional: ( ) Na Maternidade-Escola

( ) Atendimento profissional particular

( ) Conversas/conselhos: ( ) Companheiro (a)

( ) Familiares

( ) Amigos

( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

30. Tem alguma coisa em particular preocupando você no momento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_