



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**“SER PAI DE UM FILHO... DELEITE OU
SARILHO?”**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO MASCULINA E
BONDING PAI-BEBÉ: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO**

Mariana de Carvalho Pacheco Estrela Soares

Coordenador de Seminário e Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR EDUARDO SÁ

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2013

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Prof. Doutor Eduardo Sá, apresentada no ISPA -
Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre
na especialidade de Psicologia Clínica

**Aos meus filhos,
Miguel e Salvador**

O sonho sem ação é oco,

A ação sem sonho é vã.

Sonha hoje o Homem

E sê-o amanhã.

- Anónimo -

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Eduardo Sá, orientador da dissertação, pelo auxílio, sabedoria e inspiração;

Aos meus filhos, Miguel e Salvador, fontes de luz, paz e amor;

Ao Hugo, querido companheiro de todas as horas, pelo seu amor;

À minha mãe, Maria João, que sempre me apoiou incondicionalmente e confiou nas minhas capacidades;

Ao meu pai, Paulo, que com a sua exigência me ensinou a procurar sempre mais e melhor;

À Equipa da USF das Conchas, na pessoa de Dra. Esmeralda Cunha, Coordenadora, por não só possibilitar a recolha de dados no Serviço, como apoiar e incentivar a Investigação;

À Equipa da UCSP do Lumiar, na pessoa de Dr. João Batista, Coordenador, por possibilitar a recolha de dados no Serviço;

Ao Dr. Leopoldo Matos, Diretor Clínico do Hospital dos Lusíadas, e ao Dr. Gustavo Rodrigues, Coordenador do Serviço de Pediatria, por possibilitarem a recolha de dados no Serviço;

A todos os Pais que, com enorme amabilidade, participaram livremente no estudo, contribuindo para o alargamento do conhecimento na área e para a execução do presente trabalho. Sem os quais nada teria sido possível;

À Dra. Bárbara Nazaré pelo esclarecimento e interesse constante no meu trabalho;

À minha Tia, Ana, pelo suporte dado ao longo deste período;

À Catarina Guerra, “*Amiga de Sempre e para Sempre*”, por tudo;

Ao Bruno Chibante, pelo companheirismo, confiança e empatia;

À Francis Teplitsky, pelo nosso percurso Ispiano de que tanto me orgulho;

Ao Duarte Gatinho, pelo carinho, paciência e auxílio imprescindível;

À Joana Alves, pelos dias de luta e de glória que marcaram este percurso que juntas fomos conquistando;

À Mafalda Gonçalves, a minha querida afilhada académica;

Ao Manuel Nina, pelo início, meio e fim do ISPA;

Às colegas de Seminário de Dissertação, Sara Encarnação, Inês Duque, Catarina Santos e Joana Magalhães;

A toda a minha família e a todos os meus amigos e colegas, que me acompanharam durante o meu percurso académico, aplaudiram os meus sucessos e me apoiaram quando fracassei, sem nunca desistirem de mim;

A todos os Professores que me contagiaram com o seu saber e experiência;

Ao António e ao Sr. Reis, sem os quais os meus cafés não teriam o mesmo sabor;

Ao ISPA-IU, casa que me acolheu e formou durante estes anos, que me abriu portas e mostrou novos caminhos, não só como psicóloga, mas como Pessoa;

A todos, o mais sincero obrigada, sem vós, não teria sido possível concretizar este sonho!

RESUMO

A Depressão Pós-parto Feminina tem aumentado na Sociedade Ocidental. Sabe-se que a principal consequência é a deterioração do *Bonding* mãe-bebé. Contudo em Portugal, poucos são os estudos que se debruçam sobre Depressão Pós-parto Masculina.

O presente estudo tem então como objetivo principal compreender a incidência de Depressão Pós-parto Masculina e sua relação com o *Bonding* pai-bebé, numa amostra de homens portugueses. Como objetivos específicos analisou-se a influência de variáveis sociodemográficas sobre a sintomatologia depressiva no pós-parto e sobre a qualidade do *Bonding* pai-bebé.

Foi recolhida uma amostra de 59 participantes do género masculino com idades entre os 25 e os 52 anos. Como instrumentos utilizou-se o Questionário Sociodemográfico, a versão adaptada à população portuguesa da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* e o Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento.

Constatou-se uma baixa incidência de Depressão Pós-parto na presente amostra (11,9%). Contudo verificou-se uma correlação positiva ($p=0,043$, $r=0,043$) mas não significativa ($p=0,08$) entre sintomatologia depressiva e *Bonding*, sendo que a sintomatologia depressiva explica apenas 3,4% da variância do *Bonding*. No que refere ao *Bonding* foram encontrados resultados estatisticamente significativos para o Sexo do bebé ($p=0,024$), Estado Civil ($p=0,025$) e Idade do pai ($p=0,043$, $r=0,264$). Quanto à sintomatologia depressiva foram encontrados resultados estatisticamente significativos para Primogénito vs. Filho seguinte ($p=0,002$) e Estado Civil ($p=0,001$).

Não se obteve resultados significativos para Primogénito vs. filho seguinte, Planeamento da gravidez e Habilitações, relativamente ao *Bonding*. Tal como o Sexo do bebé, o Planeamento da gravidez, a Idade e as Habilitações parecem não influenciar estatisticamente a sintomatologia depressiva.

Palavras-chave: População Masculina, Depressão Pós-parto, *Bonding*.

ABSTRACT

The Postpartum Depression Women has increased in Western Society. It is known that, the main effect is the deterioration of mother-baby Bonding. However, in Portugal, there are few studies with focus on Postpartum Depression Men.

The principal aim of this study is to understand the incidence of Postpartum Depression Men and their relationship with father-baby Bonding, using a sample composed by Portuguese men. The influence of socio-demographic variables on depressive symptoms in postpartum and on the parent–baby's Bonding quality were analyzed as being specific objects. A sample of 59 male participants, aged between 25 and 52 years old, was collected. As instruments, the Socio-demographic Questionnaire, the adapted version of the Portuguese population from the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Postpartum Bonding Questionnaire were used.

It was found a low incidence of Postpartum Depression in this sample (11,9 %). However, a positive correlation ($p = 0,043$, $r = 0,043$), but not significant ($p = 0,08$), between depressive symptomatology and Bonding was also found, thus the depressive symptomatology explains only 3,4 % of the Bonding's variance.

In what concerns to Bonding, statistically significant results were found for the Baby's sex ($p = 0,024$), Marital Status ($p = 0,025$) and Paternal age ($p = 0,043$, $r = 0,264$). According to depressive symptomatology, statistically significant results were found for Firstborn vs. Next child ($p = 0,002$) as long as for Marital Status ($p = 0,001$).

Finally, for the Firstborn vs. Next child, Pregnant planning and Qualifications, significant results were not found referring to Bonding. As long as the Baby's sex, Pregnant planning, Age and Qualifications do not seem to affect statistically the depressive symptomatology.

Keywords: Male Population, Postpartum Depression, Bonding.

Índice

INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
Problemáticas Psicológicas em Torno do Pós-parto	3
Introdução à Psicopatologia Puerperal: Blues, Depressão Pós-parto e Psicose Pós-parto	5
Depressão Pós-parto no Masculino	7
Definição e Evolução histórica do conceito.....	7
Epidemiologia	8
Causas e Fatores de Risco.....	9
Comportamentos e Sintomatologia.....	10
Principais consequências: Relação Conjugal, Ligação ao bebé e Desenvolvimento Infantil.....	11
Educação Pré-natal: Papel dos Técnicos.....	12
Diagnóstico e Intervenção Pós-natal	13
Ligação Emocional ao Bebé no Pós-Parto.....	17
O Conceito de Bonding.....	17
Bonding Pai-Bebé.....	20
Depressão Pós-parto e Bonding: Que relação?	22
Contextualização e Questões de Investigação	24
MÉTODO	26
Tipo de Estudo	26
Participantes.....	26
Material	27
<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> – Versão Adaptada à População Portuguesa.....	27
Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento (PBQ-12 Itens).....	28
Questionário Sociodemográfico.....	29
Procedimento	29
RESULTADOS	32
Caracterização dos Participantes	32
Análise da Sensibilidade	33
Análise da Consistência Interna	33
Análise às Questões de Investigação	34
Questão de Investigação I.....	34

Questão de Investigação II	36
Questão de Investigação III.....	37
Questão de Investigação IV.....	40
DISCUSSÃO	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
Limitações ao Presente Estudo	54
Sugestões para Investigações Futuras.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
Anexo I – Síntese Depressão Pós-parto Masculina (Kim & Swain, 2007)	63
Anexo II - Instrumentos.....	64
Anexo II.I. – Questionário Sociodemográfico.....	65
Anexo II.II. - Edinburgh Postnatal Depression Scale – Versão adaptada à população portuguesa.....	67
Anexo II.III. - Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento (PBQ-12 itens)	70
Anexo III – Cartas de Consentimento Informado	71
Anexo III.I. - Carta de Consentimento Informado para o ACES Lisboa Norte	72
Anexo III.II. - Carta de Consentimento Informado para o Hospital dos Lusíadas	74
Anexo III.III. - Carta de Consentimento Informado aos Participantes	75
Anexo IV – Outputs obtidos pelo SPSS.....	76
Anexo VI.I. - Caracterização dos Participantes	77
Anexo IV.II. - Análise da Sensibilidade.....	80
Anexo IV.III. - Análise da Consistência Interna.....	81
Anexo IV.IV. - Questão de Investigação I	82
Anexo IV.V. - Questão de Investigação II	86
Anexo IV.VI. - Questão de Investigação III	89
Anexo IV.VII. - Questão de Investigação IV.....	93
Anexo IV.VIII. -. Análise dos Pressupostos da Normalidade e Homogeneidade de Variâncias	98

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Síntese comparativa da Depressão Pós-parto Feminina e Masculina relativamente aos parâmetros principais	15
Tabela 2 - Síntese de estudos sobre Depressão Pós-parto e Ligação Emocional ao Bebê ..	23
Tabela 3 - Classificação da Idade dos Participantes por Intervalo	32
Tabela 4 - Análise da Sensibilidade da Edinburgh Postnatal Depression Scale e do Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento.....	33
Tabela 5 - Análise da Consistência Interna da Edinburgh Postnatal Depression Scale e do Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento.....	34
Tabela 6 - Percentagem de participantes com e sem Depressão Pós-parto	35
Tabela 7 - Análise do valor mínimo, máximo, média e desvio-padrão do score total de Depressão Pós-parto	35
Tabela 8 - Análise Descritiva do Grupo com Depressão Pós-parto e do Grupo sem Depressão Pós-parto	36
Tabela 9 - Análise da Correlação de Pearson para a variável Total_DPP e para a variável Total_Bonding.....	37
Tabela 10 - Análise da Correlação de Pearson para a variável Total_DPP e para a variável Total_Bonding.....	37
Tabela 11 - Análise da Estatística Descritiva para a Grupo com Depressão Pós-parto e Grupo sem Depressão Pós-parto relativamente à variável Bonding	37
Tabela 12 - Análise T de Student para as variáveis Total_Bonding e Sexo do Bebê	38
Tabela 13 - Análise T de Student para as variáveis Total_Bonding e Primogénito_Filho seguinte	38
Tabela 14 - Análise T de Student para as variáveis Total_Bonding e Estado Cívil.....	39
Tabela 15 - Análise Anova One-way para as variáveis Total_Bonding e Planeamento da Gravidez	39
Tabela 16 - Análise Descritiva para a variável Total_Bonding e Planeamento_Gravidez ...	39
Tabela 17 - Análise Coeficiente de Pearson para as variáveis “Total_Bonding” e Idade do Pai	40
Tabela 18 - Análise Coeficiente de Spermán para as variáveis Total_Bonding e Habilitações	40
Tabela 19 - Análise T de Student para as variáveis Total_DPP e Sexo do Bebê.....	41
Tabela 20 - Análise T de Student para as variáveis Total_DPP e Primogénito_Filho seguinte	41
Tabela 21 - Análise T de Student para as variáveis Total_DPP e Estado Cívil	42
Tabela 22 - Análise Anova One-Way para as variáveis Total_DPP e Planeamento da Gravidez	42
Tabela 23 - Análise Descritiva para a variável Total_DPP e Planeamento da Gravidez.....	42
Tabela 24 - Análise do Coeficiente de Correlação de Pearson para as variáveis Total_DPP e Idade do Pai	42
Tabela 25 - Análise do Coeficiente de Correlação de Spearman para as variáveis Total DPP e Habilitações.....	43

Índice de Figuras

Figura 1 - Hipótese ilustrativa do comportamento do Pai no pós-parto.....	1
---	---

INTRODUÇÃO

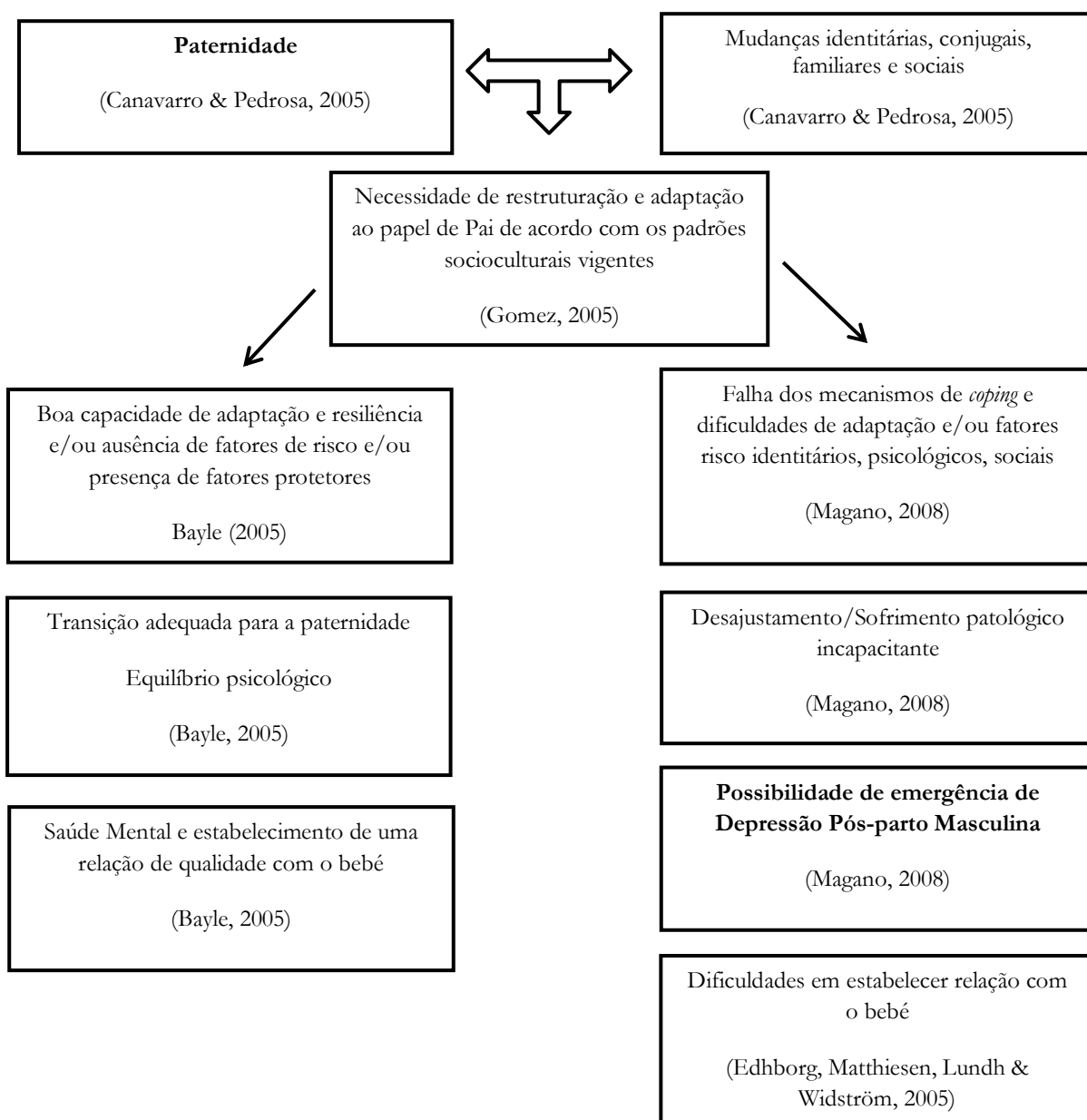
Durante muitos anos, todas as problemáticas psíquicas do puerpério foram ignoradas, esquecidas, descreditadas. Contudo, o século XX trouxe consigo algumas mudanças neste campo aquando da entrada da Psicologia nas Maternidades, passando o ciclo gravídico-puerperal a ser encarado como algo mais do que físico. Observou-se então o aumento exponencial de estudos sobre a Mãe e a Maternidade e as possíveis problemáticas a que esta estava sujeita no período ante e pós-parto, sobretudo a depressão. A Depressão Pós-parto é então definida como uma perturbação psicológica semelhante à Depressão *major*, mas associa-se ao período após o nascimento e as angústias base centram-se no bebé e na reestruturação de papéis e dinâmicas emocionais, familiares e sociais (Treppner, 2001; Mazet & Stoleru, 2003).

Foi também nesta altura que se iniciaram bruscas mudanças no seio das famílias Ocidentais, originando uma nova Parentalidade, a chamada Co-parentalidade, dividida entre pai e mãe. O papel do pai enquanto cuidador ativo dos filhos passou a ser valorizado, deixando de ser atribuído apenas às mulheres (Leal, 2005). Apesar das mudanças sociais no papel do homem e da mulher e do início do “olhar” psicológico durante a gravidez e puerpério, parece haver uma figura, ainda que de extrema importância, que permanece no limbo. Como se de uma sombra da mãe se tratasse. Fala-se do pai. O homem enquanto pai tem sido frequentemente esquecido quando se fala em gravidez, parto e pós-parto (Letourneau, Duffett-Leger, Dennis, Stewart & Tryphonopoulos, 2011). Todos exigem a sua presença e apoio incondicional à mãe, mas poucos se interessam pelo seu bem-estar. Assim, só nos últimos anos começaram a surgir investigações sobre a Paternidade, procurando compreender como é que o homem se adapta ao papel de pai, que movimentos se encontram na base desta mudança e de que forma esta passagem pode originar psicopatologia puerperal. Deste modo começou-se a falar de Depressão Pós-parto Masculina, embora de forma muito subtil, e sobretudo no Continente Americano. Em Portugal a literatura e os estudos empíricos envolvendo homens e psicopatologia puerperal são ainda escassos.

Sabe-se já que uma das consequências mais graves da Depressão Pós-parto é o empobrecimento da relação com o bebé, a dificuldade em cuidar, em termos físicos e psicológicos, de forma adequada. Esta questão tem sido estudada relativamente à díade mãe-bebé, sabendo-se que falhas precoces poderão originar consequências graves tanto a curto como a longo prazo. Mas mais uma vez, quase que não se fala do pai e da sua ligação emocional com o bebé (Melrose, 2010; Letourneau et al., 2011; Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2012)

Encontradas estas lacunas, e tendo por base que a passagem para a paternidade pode desencadear um sofrimento e desajustamento intensos que se podem tornar patológicos, contribuindo conseqüentemente para a desarmonia na relação com o bebé (Figura 1), levanta-se o seguinte problema de investigação: Qual a incidência de Depressão Pós-parto Masculina, e de que forma esta psicopatologia se relaciona com o *Bonding* pai-bebé, numa amostra de homens portugueses? O presente estudo surge então com o intuito de tentar dar resposta a esta questão principal, procurando aumentar o conhecimento, representando um pequeno contributo para futuras investigações sobre estas temáticas.

Figura 1 – hipótese ilustrativa do comportamento do Pai no pós-parto



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Problemáticas Psicológicas em Torno do Pós-parto

A Psicologia no Ciclo Gravídico-puerperal e na Parentalidade

Com o intuito de compreender o que se passa na plenitude com uma mulher que aguarda um filho é importante compreender a gravidez como algo que se passa dentro do seu corpo, algo físico, mas que acarreta alterações mentais significativas. Como um período que pode ser de felicidade ou de complexidade e sofrimento, sendo sempre um período de espera e de expectativa, de impasse também (Leal, 2005). Se durante a gravidez podem surgir perturbações psicológicas e emocionais, devido às mudanças físicas e psíquicas, é no puerpério que estas tendem a agravar-se ainda mais. O puerpério é definido como o período ocorrente logo após o nascimento e dura até à oitava semana pós-parto. Pode ser considerado em três fases diferentes: o Imediato, do 1º ao 10º dia; o tardio, do 11º ao 45º dia e o remoto, a partir do 46º dia (Higuti & Capocci, 2003, p.46). Do ponto de vista de Figueiredo (2001), o desequilíbrio feminino característico do período puerperal, deve-se sobretudo à adaptação a novos papéis e rotinas. Contudo, há ainda outros fatores a pesarem que devem ser mencionados, como as alterações a nível biológico, psicológico e identitário, a nível conjugal e a nível familiar. O ciclo gravídico-puerperal é portanto considerado pelos teóricos um momento passível de crise, principalmente se se verificarem fatores de risco prévio, que possam comprometer o equilíbrio deste período. (Davey, Dziurawiec & O'Brien-Malone, 2006; Borsa & Nunes, 2011; Tohotoa, Maycock, Hauck, Dhaliwal, Howat, Burns & Binns, 2012).

Embora seja dado um menor enfoque, o homem também sofre mudanças significativas durante a gravidez e pós-parto, preparando-se gradualmente para “vestir o papel de pai”. Segundo Brazelton e Cramer (2001, cit. Por Bayle, 2005) existem quatro fatores que vão influenciar intimamente a construção da figura paterna. Em primeiro lugar a “predisposição à parentalidade” transmitida pelos próprios pais, principalmente pelo pai, que pode servir como modelo de imitação. Em segundo lugar, as “solicitações do bebé” irão fazer despoletar o desejo de interação com o mesmo, levando a que o pai responda aos seus chamamentos. Em terceiro lugar, a “autorização da esposa” que “oferece” o bebé ao pai, deixando que este o cuide. Em quarto lugar, e por último, a “organização sociocultural” que vem legitimar a função paternal, ou seja, como é vista a figura paterna à luz padrão sociocultural. Pode verificar-se, da parte do pai, alguma dificuldade de adaptação ao novo papel, motivada por fatores vários (e.g. características do bebé; dos progenitores; do microsistema familiar; do exosistema; do macrosistema), já que,

segundo Gomez (2005) o comportamento paterno é multifacetado e multideterminado por várias variáveis, que por si só, não exercem uma influência determinante. Certos casos apresentam ainda determinadas características que podem despoletar com maior facilidade problemáticas de ajustamento. Salienta-se que cada pai é único e que deste modo, passará pela experiência de paternidade de forma igualmente única. Admite-se que para uns seja mais fácil e flexível que para outros que possam ter os mecanismos de *coping* mais fragilizados. Comparativamente com as mães, apesar de ambos se terem de adaptar a rotinas anteriormente desconhecidas, principalmente quando se trata de pais primigestos, a transição masculina tende a ser mais lenta, levando a que o pai vá incorporando as alterações de forma mais morosa mas também mais gradual. No caso materno, as mudanças são radicais e geralmente mais bruscas (Canavarro & Pedrosa, 2005).

A parentalidade vai assim, tanto para homens como para mulheres, obrigar naturalmente a um processo de reestruturação psicoafetiva, levando a que dois adultos se tornem pais, ou seja, que adquiram a capacidade de responder às diversas necessidades do bebé, quer a nível fisiológico, afetivo e psicológico (Bayle, 2005; Standt & Wagner, 2008). A parentalidade irá modificar de forma extrema os equilíbrios e dinâmicas sociais, familiares e identitárias, anteriores e introduzir novas rotinas. A transição para a parentalidade caracteriza-se então pela necessidade de resolução de tarefas desenvolvimentais específicas e ascensão a níveis de organização com maior complexidade, levando a uma reavaliação das relações com o próprio (*identidade*); com os próprios pais; com o companheiro; com outros filhos e com o bebé (Canavarro & Pedrosa, 2005). Contudo, por vezes, este processo não corre bem, sendo que mesmo pais e mães psicologicamente bem adaptados poderão experienciar perturbações psicológicas ao longo deste processo, surgindo ambivalências e conflitos (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Postas estas questões, a psicologia passa a ter uma função crucial na área da gravidez, maternidade e parentalidade. Leal (1992, cit. Por Leal, 2005, p. 17) entende psicologia da maternidade como “O conjunto de saberes e conhecimentos psicológicos que tomam como objeto a Maternidade, sincronicamente no sentido de determinar estruturalmente um conjunto de categorias que descrevam como este conceito opera num determinado tempo.”. A viragem da psicologia para a gravidez e maternidade é relativamente recente, tendo surgido aquando da entrada de psicólogos nas Maternidades. Até então as questões psicológicas eram esquecidas quando se falava no ciclo gravídico-puerperal (Leal, 2005; Martins, Siqueira, Tyrrell, Barbosa, Carvalho & Santos, 2008). A função da psicologia passa a ser não só de diagnóstico e intervenção, como de prevenção junto tanto da mãe como do pai. O psicólogo deverá então despistar casos de risco, mas também mostrar-se sensível e disponível para dar suporte e

aconselhamento a qualquer casal que o deseje. O seu papel vai remeter para a procura das melhores condições de modo a manter o equilíbrio psicológico num momento tão determinante para a saúde dos pais e do bebé. É ainda função da psicologia a promoção do papel ativo de ambos os progenitores, exemplificando a importância da tríade mãe-pai-bebé, em detrimento da díade mãe-bebé, não só para o casal como para o filho (Leal, 2005). Por último deve ceder aos pais toda a informação pertinente sobre uma adequação à Parentalidade menos adequada, nomeadamente a possibilidade de emergência de psicopatologia puerperal (Gomez, 2005).

Introdução à Psicopatologia Puerperal: *Blues*, *Depressão Pós-parto* e *Psicose Pós-parto*

Zing, Phillips & Born (2005), Silva & Botti (2005) e Fletcher, Matthey & Marley (2006) referem que a preocupação pela saúde mental materna durante o período pré e pós-parto tem-se tornado cada vez maior nos últimos tempos. Tal alia-se ao aumento do conhecimento na área, surgindo técnicas cada vez mais eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento, mas também devido ao grande aumento da taxa de incidência de psicopatologias características do ciclo gravídico-puerperal (Junior, Silveira & Gualda, 2009; Letourneau et al., 2011).

As perturbações psicológicas comuns do pós-parto são o *Blues* pós-parto ou Tristeza Materna, a Psicose pós-parto e a Depressão pós-parto e têm sido maioritariamente estudadas no feminino. O primeiro termo é definido por alguns autores como uma “forma breve e moderada de perturbação de humor”, surgindo na maioria das mulheres (estudos com amostras muito disparem demonstram que o *Blues* está presente em cerca de 80% das puérperas.). Outros autores apresentam-no não como uma perturbação psicopatológica mas sim um desequilíbrio emocional, que quando de intensidade leve, é benéfico ao estabelecimento do vínculo entre a mãe e o recém-nascido. Esta expressão emocional tem por base as alterações hormonais decorrentes principalmente do parto e primeiros dias. Apresenta como sintomatologia principal disforia, labilidade do humor, choro fácil, irritabilidade, ansiedade, insónia e perda de apetite. Certos estudos demonstram que mulheres com *Blues* mais intenso e prolongado apresentam um maior risco de desenvolver Depressão Pós-parto posteriormente (Hannah, Adams, Lee, Glover, & Sandler, 1992; Hapgoog et al., 1988; Kalid, 1989; Paykel et al., 1980; Pitt, 1968, cit. por Figueiredo, 2001). Contrariamente, Gard, Handley, & Parsons (1986) não encontram qualquer relação entre a existência de *Blues* e o posterior desenvolvimento de Depressão Pós-parto (cit. por Figueiredo, 2001).

A Psicose pós-parto, contrariamente ao verificado no *Blues*, apresenta percentagens de incidência bastante baixas (0,1 a 0,3%) (Figueiredo, 2001), apesar de rara é considerada a psicopatologia puerperal com maior gravidade, necessitando de internamento e afastamento entre a mãe e o bebé. Caracteriza-se por um aparecimento súbito e inesperado de traços psicóticos

nos primeiros dias do pós-parto, principalmente no que toca ao contacto com a realidade e com o próprio bebé, sendo que, muitas vezes os cuidados ao recém-nascido são negligenciados por estas mães que não entendem aquele bebé como seu filho. O seu desaparecimento é igualmente súbdito, atribuindo um carácter transitório a esta perturbação puerperal. Os sintomas iniciam-se geralmente com duas noites de perturbações do sono, seguidas de estado confusional, insónia, desorientação, agitação, comportamentos bizarros, alucinação, podendo mesmo ocorrer ideias de suicídio e infanticídio (Figueiredo, 2001). O aparecimento desta psicopatologia ocorre por volta da primeira quinzena após o nascimento e deriva também de alterações hormonais provocadas pela gravidez e parto, tendo uma duração e intensidade variáveis. A revisão da literatura aponta as mulheres com história psiquiátrica anterior como tendo uma maior predisposição ao desenvolvimento de uma psicose puerperal (Figueiredo, 2001). Schmidt, Piccoloto e Müller (2005) referem ainda que mulheres vítimas de um episódio psicótico no pós-parto têm uma probabilidade de 30 a 50% de repetirem o episódio em gravidezes posteriores.

Por último, Mazet & Stoleru (2003) e Munken-Olsen, Laursen, Pedersen, Mors & Mortensen (2006) definem Depressão pós-parto como um episódio de depressão *major*, geralmente de tipo melancólico, cujo início surge 6 semanas depois do nascimento, com base na classificação da 10ª revisão do *Statistical Classification of Diseases (ICD-10)*, ou 4 semanas pós-parto na 4ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Outros autores defendem que o início da perturbação se dá mais cedo, por volta das duas semanas pós-parto e tem duração média de 3 a 4 meses, mas em casos severos, a sintomatologia pode manter-se até aos dois anos do bebé (Zing, Phillips & Born, 2005; Schwengber & Piccinini, 2003). Apesar de não haver consenso relativamente ao seu começo, há a certeza de que pode afetar gravemente a saúde da mãe e por conseguinte, a manutenção da relação com o bebé e restante família, com destaque para o parceiro (Figueiredo, 2001; Mazet & Stoleru, 2003; Saraiva & Coutinho, 2008; Letourneau et al., 2011). Os principais sintomas descritos são: tristeza, labilidade emocional, distúrbios de sono e alimentares, ideação suicida, perda do interesse sexual, fadiga, principalmente envolvendo os cuidados com a criança, hipocondria, culpa, ansiedade, entre outros. A sua etiologia é determinada por uma combinação de múltiplos fatores, que devem ser tidos em conta no diagnóstico e terapêutica, como: gravidez na adolescência; ansiedade e depressão durante a gestação; doença mental prévia; doença crónica incapacitante; conflitos conjugais; eventos stressantes; baixo suporte social; doença do bebé/malformação congénita; fatores de ordem obstétrica e dados sociodemográficos (Zing, Phillips & Born, 2005; Moraes, Pinheiro, Silva, Horta, Sousa, Faria, 2006; Oppo, Mauri, Ramacciotti, Camilleri, Banti, Borri, Rambelli, Montagnani, Cortopassi, Bettini, Ricciardulli, Montaresi, Rucci, Beck & Cassano, 2009;

Almaza-Muños, Salas-Cruz & Olivares-Molares, 2011). Em termos epidemiológicos, Higuti & Capocci (2003), Schmidt, Piccoloto & Müller (2005) e Ruschi, Sun, Mattar, Filho, Zandonadel & Lima (2007) afirmam que 10 a 15% das mulheres pode vir a ter, no 1º ano do pós-parto, pelo menos um episódio depressivo *major*.

Em suma, ao elaborar uma revisão de literatura acerca da psicopatologia da gravidez e do puerpério, verifica-se que a maioria dos autores se centra apenas no Feminino, já que a Depressão Pós-parto foi durante muito tempo associada apenas às mulheres (Letourneau et al., 2011). Contudo atualmente sabe-se que pode afetar significativamente o homem, apesar de muitos dos dados existentes não terem esta realidade em consideração, sendo escassos os estudos com a população masculina. Davey, Dziurawiec & O'Brien-Malone (2006) referem que, a nível internacional, um intervalo de 3 a 33% dos homens cujas parceiras desenvolveram Depressão Pós-parto, vieram também a sofrer de sintomatologia depressiva. Munken-Olsen et al., (2006) e Kammerer, Marks, Pinard, Taylor, Castelberg, Künzli e Glover (2009) alertam então para o facto de a Depressão Pós-parto ser um problema de saúde mental que envolve homens e mulheres e cujas consequências são nefastas para as dinâmicas familiares.

As investigações realizadas parecem indicar que as mulheres apresentam uma taxa de prevalência superior aos homens, contudo sem diferenças significativas e hoje em dia já são identificados casos de Depressão Pós-parto Masculina com maior facilidade (Figueiredo & Conde, 2011). Assim sendo, devido à escassez destes estudos em Portugal, torna-se de interesse investigar qual a incidência de Depressão Pós-parto numa amostra de homens portugueses.

Depressão Pós-parto no Masculino

Definição e Evolução histórica do conceito

A maioria dos estudos acerca do papel do pai no ciclo gravídico-puerperal são ainda muito recentes. Nishimura & Ohashi (2010) referem, numa análise sistemática da literatura internacional, que entre 1980 e 2002 só foram produzidos 20 estudos relativos à Depressão Pós-parto Masculina, o que demonstra o pouco investimento na área e necessidade de produzir mais informação. Nas últimas décadas tem-se verificado um aumento do conhecimento sobre a possível emergência de psicopatologias puerperais masculinas, principalmente sobre a Depressão Pós-parto. Assim, começou a constatar-se que os homens, tal como as mulheres, padeciam de sintomas depressivos e ansiosos durante a gravidez e no pós-parto e com consequências severas

A Depressão Pós-parto Masculina apresenta os mesmos critérios de definição que a Depressão Pós-parto Feminina. Marks & Lovestone (1995) e Zelkowitz & Milet (2001) citados por Bielawska-Batorowiaz & Kossakowska-Petrycka (2006) assumem que apesar do sexo

feminino estar mais predisposto para o surgimento de depressão, os pais também podem sofrer desta problemática de forma muito intensa.

Postnatal depression (PND) is a serious and debilitating condition that is recognized as being disruptive to women's lives at a time when they are already under stress adapting to the demands that a new baby creates. What has not always been fully acknowledged is that PND is linked with elevated levels of depression in male partners (Davey, Dziurawiec, O'Brien-Malone, 2006, pp. 206)

A Depressão Pós-parto Masculina é definida como uma perturbação depressiva *major* ocorrente durante o primeiro ano após o nascimento do bebé (American Psychiatric Association [APA], 2000, cit. por Habib, 2012) e com uma morbilidade significativa no seio da família, tanto para a criança como para a parceira (Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010, cit. por Habib, 2012).

Figueiredo & Conde (2011) referem que durante a gravidez e no puerpério os homens, contrariamente às mulheres nos mesmos períodos, onde a incidência de depressão se superioriza face à ansiedade, apresentam taxas de sintomatologia depressiva e ansiosa semelhantes. Estes sintomas são mais experienciados pelos homens no pós-parto comparativamente à gravidez.

Epidemiologia

Ao falar de Epidemiologia é necessário ter em consideração que a taxa de incidência poderá variar consoante os métodos utilizados para a investigação, facto este que constitui um entrave a uma boa caracterização epidemiológica, já que é de extrema importância a uniformização de métodos e instrumentos de avaliação e diagnóstico (Magano, 2008).

Bielawska-Batorowiaz & Kossakowska-Petrycka (2006), Melrose (2010) & Tohotoa et al., (2012), referem existir uma percentagem de 4 a 10% de homens com Depressão Pós-parto, considerada elevada se for tido em conta que a percentagem de depressão nos homens é de 4,8% (Habib, 2012). Goodman (2004, cit por Habib, 2012) refere uma taxa de incidência de Depressão Pós-parto no sexo masculino, a nível internacional, de 1 a 26%, até ao primeiro ano de vida do bebé. Pais cujas parceiras sofrem de Depressão Pós-parto aumentam a taxa de incidência para 24 a 50% e cerca de 38 a 60% dos homens deprimidos dois meses pós-parto apresentam sintomatologia depressiva seis meses após o parto (Goodman, 2004, cit. por Habib, 2012). Por último, Davey, Dziurawiec & O'Brien-Malone (2006) concluem que pais que experienciaram

episódios depressivos no pós-parto têm maior probabilidade de os desenvolver novamente caso tenham mais filhos, podendo cada gravidez ser encarada como fator de risco.

Apesar das crescentes taxas de incidência, a maior parte destes pais não procura ajuda no encontro com técnicos especializados, provando que há ainda um forte estigma que associa as perturbações psicológicas do pós-parto apenas às mães (Magano, 2008; Habib, 2012).

Causas e Fatores de Risco

Leigh & Milgrom (2008) definem que a Depressão Pós-parto tanto nos homens como nas mulheres não decorre devido a uma causa única visto tratar-se de um distúrbio multifatorial.

Para o género masculino são apontados alguns exemplos de fatores desencadeadores: aumento da responsabilidade, tanto relativamente ao bebé como à parceira; diminuição do tempo de sono; mudanças na vida íntima e alterações hormonais (Leigh & Milgrom, 2008). Letourneau et al. (2011) consideram de grande risco a presença de psicopatologia na parceira e o decréscimo da qualidade da relação conjugal, sendo a severidade dos sintomas crescente ao longo do primeiro ano de vida do bebé. Davey, Dziurawiec & O'Brien-Malone (2006) & Tohotoa et al., (2012) enumeram a história de episódios depressivos anteriores/doença psiquiátrica; baixo suporte social e depressão durante a gestação, como os principais fatores de risco. Bielawska-Batorowiaz & Kossakowska-Petrycka (2006), tal como Berg, Ende, Crijnen, Jaddoe, Moll, Mackenbach, Hofman, Hengeveld, Tiemeier & Verhulst (2009), e ainda Nishimura & Ohashi (2010) indicam a baixa autoestima; o emprego precário/desemprego; nascimentos múltiplos; doença crónica incapacitante e a paternalidade acima dos 30 anos, como as principais causas para o surgimento de psicopatologia no puerpério. Contrariamente, relativamente à idade do pai, Letourneau et al. (2011) defendem que homens que foram pais muito cedo têm maior probabilidade de desenvolver Depressão Pós-parto visto que o seu estilo de vida torna-se muito diferente relativamente aos restantes jovens da sua idade.

Tohotoa et al. (2012) chamam à atenção para o maior risco de desenvolvimento de Depressão Pós-parto em pais primíparos, visto que se estão a deparar com a paternidade pela primeira vez, tal como perante gravidez de risco; complicações no parto e doença do bebé (incluindo malformações congénitas). Bielawska-Batorowiaz & Kossakowska-Petrycka (2006) afirmam que pais com um nível de neuroticismo mais elevado apresentam maior propensão para o surgimento de sintomas depressivos.

Melrose (2010) refere algumas ideias relativamente à flutuação hormonal masculina, característica deste período, que pode também ser considerada causa para emergência de psicopatologia. Em primeiro lugar, observa-se a diminuição dos níveis de testosterona durante o período gravídico e pós-parto como forma de melhorar a adaptação ao bebé, e.g. simpatia;

respostas adequadas ao choro. Contudo parece haver uma correlação entre os níveis mais baixos de testosterona e a depressão. Em segundo lugar, o cortisol nos homens parece diminuir no pós-parto ficando o sujeito mais vulnerável a desorganizar-se perante eventos stressantes. Em terceiro lugar, a prolactina aumenta durante a gravidez e pós-parto, contudo, se ao invés de um aumento, houver uma diminuição no período pós-parto, o homem está propenso a desenvolver humor negativo.

Gomez (2005) refere que uma possível causa para o surgimento de sintomatologia depressiva relaciona-se com aspetos narcísicos, ou seja, o pai sente-se colocado de parte porque passa a ser a mãe e o bebé os principais focos de atenção, e ainda poderá sentir-se excluído da díade mãe-bebé. Por outro lado, poderá sentir inveja do bebé que lhe retirou o amor da mãe, sentindo-se mais uma vez inferiorizado no seu papel de companheiro/conjuge. Neste último prisma, em casos mais extremos, poderão desenvolver-se sentimentos de raiva face ao bebé, de rejeição e gerada uma competição, onde o pai tenta ganhar o lugar de destaque face ao bebé.

Em suma, as principais causas da Depressão Pós-parto Masculina podem ser agrupadas em fatores psicológicos, fatores sociais, obstétricos e biológicos (Melrose, 2010; Thomas, Bonér & Hildingsson, 2011; Habib, 2012).

Comportamentos e Sintomatologia

Os comportamentos e sintomatologia da Depressão Pós-parto Masculina podem variar relativamente à depressão nas mulheres, apesar de serem, em termos gerais, semelhantes (Fletcher, Matthey & Marley, 2006). O pai terá maior tendência à “fuga” da família, passando pouco tempo com a mãe e com o bebé. Deste modo pode começar a passar menos tempo em casa, numa postura de evitamento do conflito, investindo e aumentando o seu ritmo de trabalho, ou procurando atividades que o ocupem fora do contexto familiar, e.g. desporto (Magano, 2008). O pai deprimido também apresenta uma maior facilidade em se envolver em consumos de substâncias aditivas como escape à realidade, encarada como difícil de suportar (Letourneau et al., 2011). Ramchandani, Psychogiou, Vlachos, Lles, Sethna, Netsi & Lodder, (2011), referem que os homens tendem a ser mais agressivos, a experienciar maiores níveis de irritabilidade e zanga, tal como têm mais tendência à passagem ao ato. Melrose (2010) refere que a sintomatologia depressiva nos pais reside mais na ansiedade, zanga, isolamento e revolta, do que na tristeza como se verifica nas mães.

É comum, perante uma Depressão Pós-parto Masculina, verificar-se um aumento exponencial de discórdia na relação conjugal, divórcios, violência familiar, dirigida ao bebé e/ou parceira, quer a nível físico quer verbal, abuso e negligência relativamente à criança (Earls, 2010). Estes sentimentos mais externalizados acabam por originar um impacto na criança diferente do

de quando é a mãe que está deprimida. Contudo, em termos gerais, os pais sentem tal como as mães: tristeza; humor deprimido; perda de interesse nas atividades antes vistas como prazerosas; oscilações significativas no peso (ganho ou perda); perturbações do sono (insónia ou hipersónia); agitação ou retardação psicomotora; letargia; fadiga excessiva; sentimentos de culpa; diminuição da capacidade de pensar e concentração; ideação suicida (American Psychiatric Association, 2000, cit. por Melrose, 2010).

Os homens deprimidos no pós-parto apresentam uma grande dificuldade em admitir que estão doentes, que têm uma perturbação psicológica. Tendem a esconder os seus sentimentos dos outros e mesmo de si próprios, acreditando que são fortes e capazes e com base no estigma de que apenas as mulheres é que podem deprimir com a chegada de um bebé. De facto, embora seja um problema de saúde pública, a própria comunidade médica não parece estar bem preparada para lidar com casos de Depressão Pós-parto Masculina (Melrose, 2010).

Melrose (2010) enfatiza a necessidade de rigor extremo na definição da sintomatologia correspondente à Depressão Pós-parto, quer nos homens quer nas mulheres, já que certos comportamentos podem não indicar depressão, mas sim habituais e esperados em cuidadores de recém-nascidos, como pode ser o caso da fadiga excessiva, perturbações do sono e da alimentação.

Principais consequências: Relação Conjugal, Ligação ao bebé e Desenvolvimento Infantil

Ramchandani et al., (2011) referem que as consequências mais evidentes da Depressão Pós-parto Masculina é a deterioração da relação conjugal e a dificuldade de ligação emocional ao bebé, levando ao desenvolvimento de um *bonding* pai-bebé de baixa qualidade (Edborgh et al., 2005). Denota-se uma extrema dificuldade em adaptação aos novos papéis sociais e em equilibrar o papel de pai e de marido (Tavares, 2011). Os pais deprimidos tornam-se extremamente críticos relativamente à parceira e, do mesmo modo, têm uma atitude crítica e pouco responsiva com o bebé, apontando frequentemente os comportamentos negativos do mesmo descrevendo-o como “criança com temperamento difícil” (Melrose, 2010).

Davé, Nazareth, Sherr & Senior (2005), Marcelli (2005), e Fletcher, Matthey & Marley (2006) referem ainda que a presença de Depressão Pós-parto Masculina tem um efeito extremamente nefasto no desenvolvimento infantil a curto e longo prazo. Deste modo, algumas investigações têm demonstrado que o humor deprimido do pai provoca alterações de temperamento nas crianças. De facto Ramchandani et al., (2011) referem que há diferenças desenvolvimentais significativas em crianças cujos pais estão deprimidos no pós-parto em comparação com os pais que não estão, principalmente ao nível do stresse e temperamento problemático, fortemente experienciado pelos filhos de pais com depressão. Giallo et al. (2012, cit. por Habib, 2012) refere

uma percentagem de 9% de crianças com mais de 5 anos que desenvolveram problemáticas socio-emocionais e cujos pais sofreram de depressão pós-parto, principalmente no casos dos rapazes (Schwengber e Piccinini, 2003; Melrose, 2010). Fletcher, Matthey & Marley (2006) referem que pais deprimidos, 8 semanas após o parto, levam a uma duplicação do risco de perturbações do comportamento e alterações desenvolvimentais aos 3 anos e meio de idade das crianças. Ramchandani et al. (2011, cit. por Nishimura & Ohashi, 2010) sublinham ainda que a Depressão Pós-parto Masculina aumenta significativamente a possibilidade de emergência de perturbações psiquiátricas aos 7 anos.

De facto, Marcelli (2005) define que crianças cujos pais sofreram de Depressão Pós-parto grave e de longa duração vêm a constituir uma população de risco psiquiátrico. Assim sendo, o risco do pai adoecer mentalmente no período após o nascimento é conseqüentemente um risco do bebé vir a desenvolver problemáticas a diferentes níveis.

Mazet & Stoleru (2003) referem que o papel do pai é fulcral para o saudável desenvolvimento do bebé e mais tarde da criança, nomeadamente no que concerne à forma como esta se vai posicionar a nível social, logo um pai deprimido não terá a capacidade ideal para fomentar e investir no seu filho, originando lacunas que poderão ser muito severas.

Educação Pré-natal: Papel dos Técnicos

Antes de qualquer intervenção, os técnicos de saúde que contactam com os pais durante o período gravídico e pós-parto devem demonstrar preocupação pelo seu estado psicológico e emocional, numa postura ativa e sem julgamentos. Deste modo há necessidade de questionar acerca do que sentem e de explorar as suas emoções, o que poderá permitir um despiste mais eficaz de situações de psicopatologia puerperal, tal como aumentar a relação de empatia e confiança entre técnicos e pais (Melrose, 2010).

A prevenção deverá ser feita não só nos casos considerados de risco, que passariam a merecer uma atenção especial, mas para todos os futuros pais, para que pudessem tirar as suas dúvidas e expressar as suas angústias, junto de técnicos dotados de saber. A promoção da saúde paterna poderá ser levada a cabo por médicos, enfermeiros e psicólogos, sobretudo ao nível dos cuidados de saúde primários, mais próximos da população e onde esta recorre durante o período gravídico como no puerpério. Torna-se fulcral que os técnicos de saúde estejam disponíveis para responder às dúvidas relativas à paternidade, acompanhando de perto o processo de chegada do bebé, alertando para as mudanças, levando a que haja uma maior consciencialização por parte dos pais das implicações e mudanças que ocorrerão. Os técnicos de saúde devem ainda procurar potencializar comportamentos positivos e adequados tanto durante a gravidez como no

puerpério, procurando aumentar a satisfação dos pais, e.g. elucidando para a importância do suporte da rede social formal e informal (Palmeira, 2012).

Segundo Fletcher, Matthey & Marley (2006), Melrose (2010), Ramchandani et al., (2011) & Tohotoa et al., (2012) são muito diminutos os programas ao nível de prevenção orientados para a população masculina e tal lacuna necessita de ser urgentemente colmatada. Palmeira (2012) chama à atenção para a falta de informação dada à população geral relativamente às psicopatologias do puerpério principalmente no caso dos homens. Em alguns países já se começam a implementar estratégias direcionadas exclusivamente para homens com depressão pós-parto e, inclusivamente, foram criados *sites* on-line informativos, e.g. www.postpartummen.com ou programas efetivos que acompanham o pai na transição para a paternidade, suportando emocionalmente as eventuais problemáticas (Bronte-Tinkew, Burkhauser & Metz, 2012). Tohotoa et al. (2012) verificaram através de uma investigação empírica que programas de educação precoce para a paternidade revelam-se de extrema utilidade para a prevenção de psicopatologias no pós-parto, já que originam espaços para reflexão, discussão e reforçam estratégias de *coping* e resolução de problemas, tal como ressaltam os pontos positivos de ser-se pai. Murta, Rodrigues, Rosa, Paulo & Furtado (2011) revelam então que os programas de transição para a paternidade são de extrema importância, sobretudo quando debruçados sobre a qualidade da relação conjugal no período pós-parto e ligação do pai ao bebé. Contudo em Portugal, até à data, parece não haver qualquer tipo de intervenção precoce com homens, relacionada com psicopatologia puerperal.

Diagnóstico e Intervenção Pós-natal

Geralmente, o diagnóstico de Depressão Pós-parto Feminina e Masculina é feito com base no sintoma, através da presença durante duas semanas ou mais de humor depressivo, perda de interesse nas atividades diárias, letargia, e presença de quatro dos seguintes sintomas: perda de energia; agitação ou retardamento; mudanças no apetite; sentimentos de preocupação constante e culpa; dificuldade na tomada de decisão; perda da concentração e ideação suicida ou angústias de morte. Adicionalmente são referidos sintomas como raiva, muitas vezes dirigida ao parceiro; decepção relativa à experiência de maternidade/paternidade; diminuição da libido; compulsões e pensamento ruminante; medo de estar sozinho com a criança e desejo de escape/fuga (Kowalenko et al., 2000; NHMRC, 2000, cit. por Davey, Dziurawiec & O'Brien-Malone, 2006). Segundo Nishimura & Ohashi (2010), a maioria dos estudos relativos à Depressão Pós-parto são levados a cabo entre o 3º dia e os 12 meses do pós-parto.

Davey, Dziurawiec & O'Brien-Malone (2006) referem que por vezes os técnicos de saúde se deparam com dificuldades na distinção dos sintomas indicadores de psicopatologia puerperal e

dos que são vistos como normais e esperados para esta fase. Por vezes, esta “confusão” entre saúde e doença leva a que os verdadeiros casos de patologia depressiva não sejam diagnosticados ou acabem por ser minimizados (Cox, 1994; O’Hara, 1995, cit. por Davey, Dziurawiec & O’Brien-Malone, 2006). Clay & Seehusen (2004) & Berg et al., (2009) chamam à atenção para a necessidade de diagnósticos precoces e rigorosos da depressão, mesmo antes do nascimento, já que alguns casos de Depressão Pós-parto são evoluções de depressões durante a gestação. Torna-se então necessário perceber o grau de incidência e prevalência, tal como quais os critérios de definição e sintomatologia característica, discutir que efeitos e consequências para a família e como o Sistema de Saúde se pode movimentar para prevenir e/ou intervir da melhor forma (Melrose, 2010).

Usualmente, os estudos empíricos que procuram verificar a incidência de Depressão Pós-parto utilizam como instrumento de medida a *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Este instrumento foi inicialmente pensado para a população feminina, contudo segundo Melrose (2010), tem sido cada vez mais utilizada na deteção de Depressão Pós-parto Masculina. Outros instrumentos foram também testados, como o caso do *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1961), *Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale*, por Paulson (2006) e *Gotland Male Depression Scale*, por Madsen & Juhl (2007), contudo o mais utilizado a nível internacional é a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (cit. por Melrose, 2010). Nenhuma das ferramentas acima mencionadas foi criada de origem para mensurar sintomas de Depressão Pós-parto Masculina, relativamente a tal, o conhecimento surge muito limitado. Deste modo, alguns sintomas tipicamente masculinos nas situações de pós-parto podem ser negligenciados, diminuindo a sensibilidade dos itens para a população masculina. Tal vem enfatizar a necessidade de construção de uma ferramenta específica para o despiste de situações de psicopatologia puerperal (Melrose, 2010; Habib, 2012). Atualmente, para além da de usado na investigação, é já usado em cuidados de saúde para despiste, não dispensando, no entanto, o recurso a outros métodos de diagnóstico.

Quanto ao tipo de tratamento, as investigações realizadas indicam que a psicoterapia com técnicas cognitivas, conjugada com a medicação, principalmente antidepressivos, são os métodos que nutrem maior eficácia no tratamento da Depressão Pós-parto. Dentro da prescrição medicamentosa, os mais adequados são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRI), como a Fluoxetina, Paroxitina e Sertralina e os antidepressivos tricíclicos, o caso da Nortriptilina e Desipramina (Zing, Phillips, & Born, 2005). Melrose (2010) e Habib (2012) referem que a psicoterapia poderá ser útil em casos de Depressão Pós-parto Masculina, caso seja iniciada atempadamente e for continuada. Contudo segundo a literatura, os homens abandonam o processo terapêutico com maior facilidade que as mulheres e são mais resistentes à mudança

terapêutica. No decorrer da psicoterapia é fulcral o trabalho dos mecanismos de *coping* e resiliência, e.g. através da redução das condições ambientais vistas como potencialmente perigosas e consequente implementação de estratégias de superação e recuperação, manutenção do equilíbrio emocional e do incentivo ao relacionamento interpessoal. Davey, Dziurawiec, O'Brien-Malone (2006) & Cowan, Cowan & Knox (2010) propõem a formação de sessões grupais especializadas e direcionadas por técnicos de saúde, constituídas apenas por homens, pais, afirmando que o resultado seria muito positivo, já que a partilha de experiências, angústias e medos, potencia a diminuição dos níveis de depressão e stresse e leva ao aumento do suporte social. Habib (2012) sugere que uma intervenção eficaz na Depressão Pós-parto Masculina deverá ter em conta não só o indivíduo como a família e o seu quadro social. Por último refere-se a necessidade de avaliar o nível de intensidade da patologia variando o modelo de tratamento em função da severidade. Numa perspetiva muito pouco otimista, Munken-Olsen et al., (2006) definem que cerca de 40 a 50% dos casos de depressões no puerpério não são diagnosticados.

Após caracterização da Depressão Pós-parto Masculina, torna-se pertinente estabelecer uma breve comparação com a Depressão Pós-parto Feminina, utilizando os mesmos parâmetros. Deste modo, através da leitura da tabela 1, é possível concluir que se tratam de psicopatologias semelhantes, ambas bastantes complexas, multifactorias e multicausais. As principais distinções ocorrem ao nível da sintomatologia, onde no caso do homem se observa uma externalização muito superior às mulheres. Também a incidência é considerada menor nos homens, embora as diferenças não sejam muito significativas.

No Anexo I apresenta-se um esquema da autoria de Kim & Swain (2007), que sintetiza o constructo da Depressão Pós-parto Masculina, relativamente aos fatores de risco biológicos e ecológicos, às implicações familiares e à prevenção e tratamento.

Tabela 1 - Síntese comparativa da Depressão Pós-parto Feminina e Masculina relativamente aos parâmetros principais

	<i>Depressão Pós-parto</i>	
	<i>Feminina</i>	<i>Masculina</i>
Definição e Ev.Histórica do conceito	Constructo muito estudado nos últimos anos (Zing, Phillips & Born, 2000; Silva & Botti, 2005; Fletcher, Matthey & Marley, 2006); Episódio de depressão <i>major</i> com início durante o 1º ano do bebé (Higuti & Capocci, 2003);	Objeto de investigação muito recente (Nishimura & Ohashi, 2010); Perturbação depressiva major ocorrente no 1º ano de vida do bebé (Habib, 2012); Critérios-base semelhantes aos da

	Sintomatologia pode manter-se até aos 2 anos do bebé. (O'Hara, 1997; Munken-Olsen et al., 2006; Zing, Phillips & Born, 2000; Schwengber & Piccinini, 2003).	Depressão Pós-parto Feminina (Bielawska-Batorowiaz & Kossakowska-Petrycka, 2006).
Epidemiologia	Média de incidência de 10 a 15% (Schmidt, Piccoloto & Müller, 2005).	Média de incidência de 4 a 10% (Melrose, 2010; Tohotoa et al., 2012), Incidência de 24-50% no caso da parceira sofrer de Depressão Pós-parto (Habib, 2012).
Causas e Fatores de Risco	Multicausal (Leigh & Milgrom, 2008); E.g. fatores de risco: alterações hormonais, psicopatologia na gestação, doença mental prévia, doença crónica incapacitante, conflitos conjugais, eventos stressantes, baixo suporte social e fatores obstétricos (Zing, Phillips & Born, 2000).	Multicausal (Leigh & Milgrom, 2008); Semelhante à Depressão Pós-parto Feminina; E.g. fatores de risco para os Homens: aumento da responsabilidade, diminuição do tempo de sono, mudanças na vida íntima, alterações hormonais, presença se psicopatologia na parceira, decréscimo da qualidade da relação conjugal, baixa autoestima, desemprego, nascimentos múltiplos, idade acima dos 30 anos, pais primíparos.
Comportamentos e Sintomatologia	E.g.: tristeza, labilidade emocional, distúrbio de sono e alimentares, ideação suicida, diminuição da libido, fadiga, hipocondria, culpa (Ruschi et al., 2007).	Semelhantes aos comportamentos femininos (Fletcher, Matthey & Marley, 2006); E.g. sintomas para os Homens: ansiedade, fuga da família, aumento do tempo passado fora de casa, investimento no trabalho e atividades desportivas, tendência para a passagem ao ato (consumos de substâncias aditivas, relações extraconjugais, comportamentos violentos), agressividade, zanga, crítica constante/ofensa, abuso e negligência face ao bebé, violência doméstica, isolamento (Magano,

		2008; Earls, 2010; Melrose, 2010; Letourneau et al, 2011).
Consequências	Afeta a saúde da Mãe; Surgimento de conflitos conjugais; Diminui a qualidade da relação com o bebé; Perturbação <i>Bonding</i> Mãe-Bebé. (Figueiredo, 2001; Saraiva & Coutinho, 2008; Letourneau et al., 2011).	Afeta a saúde do Pai; Deterioração da relação conjugal; Dificuldades em adaptar-se aos novos papéis sociais; Afastamento do bebé; Fuga da dinâmica familiar; Efeito negativo no desenvolvimento infantil; Perturbação <i>Bonding</i> Pai-Bebé (Davé, Nazareth, Sherr & Senior, 2005; Edborgh et al., 2005; Tavares, 2011).

São já conhecidos alguns estudos que procuram verificar a relação entre a Depressão Pós-parto e a dificuldade no estabelecimento do *Bonding* em mulheres. Com a população masculina estes são muito diminutos, e até há data não foi encontrado nenhum estudo português acerca deste tema. Assim sendo torna-se pertinente a verificação da possibilidade de a sintomatologia-depressiva no pós-parto influenciar o *Bonding* Pai-Bebé.

Ligação Emocional ao Bebé no Pós-Parto

O Conceito de Bonding

Perry (2001) chama à atenção para o facto da propriedade mais importante do Ser Humano ser a capacidade de formar e manter relações, sendo condição *sine qua non* para a sobrevivência humana. O referido autor enfatiza o papel que a família tem no processo relacional. De facto pai e mãe são os modelos primordiais que a criança tem. São as dinâmicas familiares, os modelos relacionais observados e experimentados com as figuras parentais, que a criança vai utilizar como base para se relacionar com os outros. Deste modo, para que o desenvolvimento infantil seja harmonioso é importante que os pais, desde o nascimento se mostrem responsivos e contentores com os seus filhos, que mantenham uma ligação emocional de qualidade desde cedo. A esta ligação emocional precoce dos pais para com os seus bebés, denomina-se *Bonding* (Guedeney & Guedeney, 2004). Figueiredo (2005) refere que as investigações mais atuais têm procurado não só estudar o sistema de vinculação da parte das crianças, como também da parte dos pais. O *bonding* surge então como a ligação emocional da parte dos pais ao bebé, influenciada por fatores neurofisiológicos, como seja a presença de hormonas que desencadeiam esta ligação, como por

fatores psicológicos, e.g. qualidade da relação conjugal, sendo que quão mais positivamente esta for percebida, melhor a qualidade do investimento na relação com o bebé.

Klaus & Kennell (1976) foram os primeiros autores a falarem do termo *Bonding*, descrevendo-o como “(...) um vínculo único, específico e duradouro, que se estabelece desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé.” (cit. Por Figueiredo, 2005, p. 287). O termo vínculo pode ser definido como uma ligação emocional entre duas pessoas que é específica e que prevalece no tempo (Kennell & McGrath, 2005, cit. Por Brandão, 2009). Segundo Parfitt & Ayers (2009) o *Bonding* traduz-se no vínculo emocional que os pais desenvolvem com os filhos. O *bonding* entende-se então por uma ligação emocional, de qualidade variável, que pode, no caso materno, surgir mesmo antes do nascimento (Edborhg et al, 2005). Esta ligação tende no entanto a aumentar gradualmente, perdurando no tempo e vai influenciar as interações e comportamentos maternos para com o bebé, tendo por base a reciprocidade das interações entre a mãe e o bebé. Winnicot (1956, cit. por Figueiredo, 2005) foi dos primeiros autores a analisar uma disposição particular relativamente ao bebé, nos momentos após o parto, presente na maior parte das mães, designada por “preocupação materna primária”, que ali a preocupação com o bem-estar do bebé com a identificação adequada das necessidades físicas e biológicas do mesmo. Tal vai levar a que haja uma satisfação imediata das necessidades conduzindo ao desenvolvimento equilibrado do bebé. Deste modo, Klaus & Kennell (1976, cit. por Figueiredo, 2005) afirmam que os momentos logo após o parto podem ser extremamente decisivos para estabelecimento deste vínculo, facilitado pelas hormonas maternas e proximidade do bebé. Nestes momentos, o contacto corpo a corpo revela-se extremamente importante. Figueiredo (2005) defende assim que o *bonding* emerge assim geralmente logo no primeiro contacto físico entre a mãe e o bebé, após o parto. Deste modo, quão maior a proximidade mãe-bebé nos primeiros dias do pós-parto, mais facilitado estará o processo de formação de *Bonding*, levando conseqüentemente a um desenvolvimento mais saudável da criança (Kennell, Trause e Klaus, 1975; Klaus, Jerauld, Wolfe, Chesler; kreger et al., 1972 cit. Por Figueiredo, 2005). Contrariamente, segundo outros autores, o *Bonding* não acontece imediatamente após o nascimento, é antes um processo gradual que se vai manifestando e intensificando ao longo do primeiro ano de vida (Figueiredo, 2005).

A diáde que se vai formar resulta então das interações recíproca, entre mãe e bebé e da qualidade das mesmas. Já que a mãe vai desenvolver determinadas disposições internas, o *bonding*, que vão manter a proximidade com o bebé, mas o bebé também participa ativamente neste processo, através de comportamentos de chamada da atenção, e.g. choro e sorriso. Se há investimento materno, haverá, à priori, investimento do próprio bebé. Conclui-se assim que o

bebé tem um enorme poder para desencadear e ativar o *Bonding*, levando conseqüentemente à ativação do envolvimento mental materno, desencadeando-se uma “interdependência dos sistemas de vinculação da mãe e do bebê” (Figueiredo, 2005, pp. 289). Reis (2003) refere

Os bebês possuem essa característica extraordinária de serem capazes de nos instruir acerca deles próprios e de nós mesmos, e é através de um outro olhar, mais atento, mais disponível, menos preconceituoso e mais sensível que os temos descoberto, ao seu mundo e às suas modalidades de relação (pp. 15).

O *bonding* tem sido analisado como formado, essencialmente, por dois aspetos. Em primeiro lugar o aspeto referente à preocupação com a segurança e bem-estar do bebê (Winnicott, 1956, cit. Por Figueiredo, 2005), e em segundo lugar o referente ao vínculo e investimento emocional único e ao espaço mental que o bebê ocupa nas representações da mãe (Stern, 1995, cit. Por Figueiredo, 2005). Esta díade mãe-bebê tem elementos específicos que a caracterizam: é feita como uma única pessoa; tem por base o alcance de segurança, conforto e prazer; e a sua perda/afastamento provoca uma sensação de desconforto e stresse significativa. Perry (2001) vem referir que existem três fatores essenciais para a sua construção e que se encontram em permanente interação, sendo estes: o bebê, o cuidador e o ambiente. Deste modo, o comportamento da criança vai influenciar o *bonding*, i.e. uma criança mais irrequieta e difícil de acalmar irá comprometer o estabelecimento do *bonding*, quando comparada a uma criança de “temperamento fácil”. No caso dos cuidadores, e.g. a presença de psicopatologia, como seja a Depressão Pós-parto irá também dificultar o processo de *Bonding*, visto que o adulto se encontra incapaz de comunicar adequadamente com o bebê. Em sentido contrário, Perry (2001) defende que uma mãe saudável terá, de forma espontânea, comportamentos de *Bonding* para o seu bebê, como o sorriso e o toque. Ao sentir este conforto, o bebê responderá da mesma forma, emitindo sinais de prazer e satisfação na relação com a sua mãe.

O *bonding* mãe-bebê pode estar comprometido por diversos motivos, e.g. problemas de saúde do bebê, prematuridade, tipo de parto, dor no trabalho de parto, separação prolongada mãe-bebê, etc., ou seja, podem surgir perturbações na relação mãe-bebê desde início que vão comprometer as interações e o desenvolvimento do bebê, já que há menor sensibilidade e responsabilidade maternas em satisfazer as necessidades físicas e psicológicas do bebê (Brockington et al., 2006). Brockington et al. (2001, cit. Por Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2012) propuseram uma classificação das perturbações da relação mãe-bebê, definindo três tipos: ausência ou atraso das respostas emocionais maternas (caracterizada por um sentimento de distanciamento em relação ao bebê ou pela inexistência de ligação ao bebê); raiva patológica em relação ao bebê (manifestada

através de descontrolo verbal, de impulsos de fazer mal ao bebé ou de atos agressivos para com o bebé); e rejeição do bebé (traduzida em arrependimento em relação ao nascimento do bebé e no desejo de que seja outra pessoa a assegurar a prestação de cuidados). Posteriormente, foi acrescentada uma dimensão de ansiedade em relação ao bebé (passível de conduzir ao evitamento do contacto com o bebé e de situações em que mãe esteja sozinha com ele). Brockington et al (2006) defendem que as perturbações na ligação mãe bebé podem ser expressas através de diferentes comportamentos, como seja a negligência, abandono, evitamento e abuso do bebé. Edborgh et al., (2005) referem, num estudo levado a cabo com mulheres puérperas, que há uma taxa de 15 a 40% de mães com dificuldades no estabelecimento do *Bonding*. Brockington et al (2006) referem que mulheres cuja gravidez não foi planeada terão mais dificuldades em ligar-se emocionalmente ao bebé após o seu nascimento. Segundo Figueiredo (2005) certas variáveis sociodemográficas influenciam de forma significativa o estabelecimento do *bonding*, como sejam a idade, escolaridade, estado civil, religião, entre outras.

Reis (2003) afirma que os primeiros tempos de vida, logo após o nascimento são de facto fundamentais para o desenvolvimento do bebé, e que é nesta fase, através das interações precoces com os cuidadores, que o potencial do Ser humano se vai atualizar de uma forma única. Relvas, Alarcão & Sá (1997, cit. Por Reis, 2003) referem que existe uma reciprocidade a par de uma complementariedade muito fortes entre as competências do bebé, logo após o nascimento, e as competências maternas, o que vai aumentar a predisposição para uma relação de qualidade entre mãe e bebé.

Por último, Brockington et al. (2006) referem que o *bonding* mãe-bebé tem sido muito estudado nos seus aspetos saudáveis, mas que há poucos estudos que se debrucem sobre as patologias de ligação emocional na díade mãe-bebé. Parffit & Ayers (2009) referem que é então extremamente importante o aumento da investigação nesta temática, contribuindo para o alargamento do conhecimento e para a prática clínica, já que há ainda poucas técnicas de diagnóstico precoce, a par de pouca sensibilização dos técnicos de saúde face às perturbações do *bonding*.

***Bonding* Pai-Bebé**

A maioria dos estudos existentes acerca do *Bonding* centram-se na díade mãe-bebé, sendo que a relação pai-bebé parece ser frequentemente colocada em segundo plano. No entanto sabe-se que a ligação do pai ao bebé tem um grau de importância extremo, não podendo ser desvalorizada.

Muitas das características da relação mãe-bebé encontram-se também presentes na relação pai-bebé, apesar de os pais tenderem a ser mais físicos e estimulantes que as mães, tipicamente

mais “emocionais” (Mazet & Stoleru, 2003). Edborgh et al. (2005) referem que, regra geral, o *Bonding* pai-bebé surge apenas após o nascimento e aumenta de forma gradual durante o 1º ano de vida. O *Bonding* pai-bebé e a sua qualidade são, tal como no *Bonding* mãe-bebé, influenciados por múltiplos fatores. Em primeiro lugar, Brazelton & Cramer (1993, cit. Por Brandão, 2009) afirmam que o envolvimento emocional entre os homens e os seus bebés está relacionado com as vivências experienciadas durante a infância. Assim sendo, ainda durante a gravidez, os pais sentem a necessidade de repensar as relações passadas estabelecidas com figuras importantes, nomeadamente com os seus próprios pais, indo gradualmente modificando o seu antigo papel de filho para papel de pai. Este processo é muito importante porque permite uma adaptação às novas funções e responsabilidades, pelo que é crucial que o pai o elabore. Seguidamente abordam-se as características individuais do sujeito, tal como o tipo de relação conjugal estabelecido com a mãe do bebé, idade, cultura e etnia (Chin, Hall & Daiches, 2011) como podendo influenciar a qualidade do *Bonding*. Também as características do bebé, e.g. sexo e ordem do nascimento, são enumeradas. O nível sociocultural e económico, tal como o envolvimento durante a gravidez e a experiência do parto podem afetar o estabelecimento do vínculo na díade pai-bebé. Por último, aponta-se o estado psíquico do pai, sendo que perante um indivíduo saudável, a qualidade do *Bonding* espera-se mais adequada (Figueiredo, 2005; Brandão, 2009).

Figueiredo (2005) assinala que os pais apresentam semelhanças com as mães na tipologia do envolvimento emocional, contudo aparentam uma maior neutralidade, mas também uma menor tristeza face ao bebé. Estas diferenças podem ser explicadas pela forma como ocorre o envolvimento materno e paterno, tanto durante a gravidez como logo a seguir ao parto, já que nesta fase os pais apresentam regra geral menos oportunidade de vinculação ao bebé. O *Bonding* paterno observa-se assim essencialmente após o parto e nos momentos que lhe seguem, aumentando a intensidade ao longo dos meses seguintes. Apesar de serem poucos os estudos relacionados com o *Bonding* pai-bebé, há já o consenso de que este processo é facilitado quando é estimulado o contacto precoce do pai com o bebé e quando este se sente autoconfiante para lidar e cuidar do bebé (Figueiredo, 2005; Brandão, 2009).

Na opinião de muitos investigadores a par de clínicos é ainda dada pouca atenção ao processo de *Bonding* e seu impacto, quer positivo, quer negativo, a curto e longo-prazo na vida da criança. É pois necessário aumentar o conhecimento na área e descentralizar os estudos apenas da figura materna, alargando a amostra para os pais, que são figuras de extrema importância e impacto no equilíbrio da criança e na dinâmica familiar (Perry, 2001; Reis, 2003; Figueiredo, 2005). Assim, Reis (2003) citando Harris (1983) refere “(...) o pai tem de se sentir certo enquanto pai desde o início (...)” (pp. 24). Sá (1993, cit. Por Reis, 2003) defende que quanto maior a intervenção e

envolvimento do pai ainda durante a gestação, mais facilmente estará disponível para interpretar os sinais do bebê após o nascimento, contribuindo para uma ligação emocional pai-bebê mais rica e saudável. Concluindo, Sá (1995, cit. Por Reis, 2003) refere que o comportamento do bebê só deve ser entendido no contexto relacional não só com a mãe, mas também com o pai.

Depressão Pós-parto e *Bonding*: Que relação?

Alguns estudos têm sido realizados ao longo das últimas décadas com o intuito de associar as dificuldades no *Bonding* mãe-bebê com a existência de Depressão Pós-parto Feminina. Parfitt & Ayers (2009) defendem que há uma correlação positiva entre a Depressão Pós-parto Feminina e as dificuldades de ligação ao bebê, mas que são necessário mais estudos e com populações mais heterogêneas. Brockington et al. (2006) coloca também a hipótese de a sintomatologia depressiva no pós-parto contribuir para que as mães desenvolvam uma ligação emocional de menor qualidade com o bebê. Conclui-se então que a mãe deprimida apresenta-se incapaz de responder de forma adequada às necessidades quer de sobrevivência, quer emocionais do seu bebê, podendo nomeadamente negligenciá-lo. Deste modo é posta em causa tanto a vinculação primária, baseada sobretudo nas necessidades básicas, como a vinculação secundária de índole mais emocional e psicológico (Feldman, Weller, Leckman, Kwint & Zidelman, 1999). Conclui-se assim que “*Depression has been shown to affect the mother’s availability to her infant, her ability to synchronize with micro-states of affective arousal, and her consistency of style and stimulation*” (Field, 1992; Murray & Cooper, 1997; cit.pot Feldman, et al., 1999, p. 937).

Brandão (2009) refere que, tal como na mãe, a saúde mental e equilíbrio psicológico do pai poderá influenciar a qualidade do *Bonding*. No mesmo sentido, Edhborg et al. (2005) e Kim & Swain (2007) colocaram a hipótese de a Depressão Pós-parto Masculina estar relacionada com dificuldades no estabelecimento de uma ligação emocional com o bebê. Deste modo, o pai irá perceber o filho de forma mais negativa, o que trará consequências graves para a interação e trocas entre ambos. Caso o pai passe a interagir menos, ou de forma menos correta com o bebê, é natural que este acabe por, da mesma forma, ir desistindo da relação. Estas falhas precoces originam graves lacunas a longo prazo, não só na díade pai-bebê, como no próprio desenvolvimento infantil. Melrose (2010) coloca a hipótese de que a co-existência de Depressão Pós-parto no casal surgir como elevado risco para a disfuncionalidade familiar e consequente alteração da qualidade da ligação emocional do bebê. Contudo, Brockington et al. (2006) afirmam que a baixa qualidade do *Bonding* materno não implica necessariamente a existência de Depressão Pós-parto prévia, podendo ser provocada por outros fatores, sendo que as perturbações de

ligação emocional ao bebé apresentam uma taxa de incidência muito superior à de Depressão Pós-parto Feminina.

Como conclusão pode afirmar-se que a qualidade do *Bonding* materno tem sido encarada como facilitadora do estabelecimento da díade mãe-bebé, levando a que o bebé procure responder às solicitações da sua figura materna e vice-versa, criando-se as bases necessárias para o desenvolvimento de uma vinculação de base segura, e conseqüentemente de um desenvolvimento infantil mais saudável e equilibrado (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978, cit. Por Feldman et al., 1999). Esta relação tem vindo a ser estudada com atenção ao longo dos últimos anos. Contudo, poucos são os estudos que têm levado a cabo o mesmo objetivo mas com a população masculina (Feldman et al., 1999). Na tabela 2, apresentam-se os estudos encontrados até à data que procuram verificar qual o impacto da Depressão Pós-parto sobre o Bonding. Verifica-se assim que a psicopatologia puerperal pode ser considerada como bloqueadora da ligação emocional ao bebé, o que conseqüentemente irá prejudicar o desenvolvimento infantil, sobretudo a nível psicoafetivo.

Em suma, para a saúde mental da criança é imprescindível o desenvolvimento e estabelecimento de um vínculo afetivo com a figura materna e com a figura paterna, sendo que, na ausência deste, a criança desenvolve carências afetivas graves e persistentes (Guedeney & Guedeney, 2004). Earls (2010) defende então a importância da consciencialização prévia dos casais desde a gestação, pois é durante o período gravídico que se pode fazer a prevenção de dificuldades de ligação com o bebé a um nível futuro. Muitos pais, nomeadamente, apresentam fraca capacidade de *Bonding* desde o início da gravidez, prolongando-se até ao pós-parto. É fulcral dar a conhecer as causas, conseqüências e possíveis intervenções para estas problemáticas, aumentando a capacidade reflexiva dos sujeitos sobre os seus sentimentos fase a esta etapa do ciclo de vida.

Tabela 2 – Síntese de estudos sobre Depressão Pós-parto e Ligação Emocional ao Bebé

<i>Autores</i>	<i>Depressão Pós-parto e Ligação emocional ao Bebé</i>
Feldman et al. (1999)	As mulheres com Depressão Pós-parto apresentam dificuldades em responder adequadamente aos seus bebés (falha nas necessidades biológicas e emocionais).
Brockington et al. (2006)	Colocam como hipótese que a sintomatologia depressiva no pós-parto possa condicionar a qualidade da ligação emocional da mãe com o bebé.

Edhborgh et al. (2005) e Kim & Swain (2007)	Colocam a hipótese de a Depressão Pós-parto Masculina poder relacionar-se com o aumento da dificuldade de ligação emocional ao bebé. Referem serem necessários mais estudos para verificação.
Brandão (2009)	Colocou a hipótese de a saúde mental e equilíbrio psicológico do pai poder influenciar a qualidade do <i>Bonding</i> . Refere serem necessários mais estudos para verificação.
Parfitt & Ayers (2009)	Correlação positiva entre a Depressão Pós-parto Feminina e as dificuldades de ligação ao bebé.
Melrose (2010)	A co-existência de Depressão Pós-parto no casal surge como elevado risco para a alteração da qualidade da ligação emocional do bebé.

Contextualização e Questões de Investigação

O presente estudo tem como intuito principal a resposta ao problema de investigação colocado na secção anterior do trabalho.

Pareceu ainda pertinente, tendo em vista que é um estudo exploratório, a verificação de uma possível relação entre a sintomatologia depressiva no pós-parto e variáveis sociodemográficas (Sexo do bebé; Primogénito vs. Filho seguinte; Idade; Estado Civil e Habilitações do pai; Planeamento da gravidez), na medida em que estas poderiam potenciar o seu aparecimento. Bem como a verificação de uma possível relação entre o *Bonding* pai-bebé e as mesmas variáveis sociodemográficas acima referidas, já que estas poderiam levar ao aumento ou diminuição da qualidade do *bonding*.

Como tal, as Questões de Investigação podem ser definidas da seguinte forma:

Questão de Investigação I – Verificar se existe Depressão Pós-parto Masculina numa amostra de Homens Portugueses;

Questão de Investigação II – Verificar se há alguma relação entre a sintomatologia depressiva no pós-parto e o *Bonding* Pai-Bebé numa amostra de Homens Portugueses.

Questão de Investigação III - Verificar se existe uma relação entre a qualidade do *Bonding* Pai-Bebé e as variáveis sociodemográficas Idade e Habilitações do pai, bem como a existência de diferenças significativas entre a qualidade do *Bonding* Pai-Bebé e as variáveis sociodemográficas

Sexo do bebé, Primogénito vs. Filho seguinte, Estado civil e Planeamento da Gravidez numa amostra de Homens Portugueses.

Questão de Investigação IV - Verificar se existe uma relação entre a sintomatologia depressiva e as variáveis sociodemográficas Idade e Habilitações do Pai, bem como a existência de diferenças significativas entre a sintomatologia depressiva e as variáveis sociodemográficas Sexo do bebé, Primogénito vs. Filho seguinte, Estado civil e Planeamento da Gravidez numa amostra de Homens Portugueses.

MÉTODO

Tipo de Estudo

O presente estudo segue uma abordagem quantitativa uma vez que, as variáveis utilizadas possuem uma escala de medida que permite a sua ordenação e quantificação (Marôco, 2010). Além do mais trata-se de um estudo do tipo exploratório, permitindo o aumento do conhecimento, uma vez que as questões de investigação definidas são pouco investigadas (Davé et al., 2005; Ribeiro, 2008; Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2012). É ainda classificado como sendo um estudo transversal, uma vez que ocorre apenas numa única aplicação (Ribeiro, 2008).

Participantes

O estudo foi constituído por uma amostra não probabilística, por conveniência, ou seja a probabilidade de um sujeito pertencer à amostra não é igual para todos, o que consequentemente inviabiliza a representatividade da mesma (Marôco, 2010).

Os participantes eram homens, pais de bebés entre 1 e 12 semanas, e os critérios de inclusão para participação no estudo foram agrupados em três categorias, relativamente ao Pai, ao Bebé e às Variáveis obstétricas. Assim sendo, no que toca aos pais: Caucasianos; nacionalidade portuguesa; residentes em Portugal Continental; idade superior a 18 anos; ausência de história psiquiátrica anterior; ausência de doença crónica incapacitante; em situação profissional ativa; em relação amorosa e coabitação com a mãe do bebé; ensino básico concluído. Relativamente ao Bebé: Ausência de malformações congénitas; bebé de termo (> 37 semanas); ausência de complicações pós-nascimento; bebé saudável até à data e sem patologias conhecidas; com idade entre uma e doze semanas. Por últimos, as Variáveis obstétricas: Gravidez normal com ausência de risco; ausência de gravidez múltipla; parto sem complicações/risco. Os critérios de inclusão foram estabelecidos de forma a excluir todos os fatores de risco prévio, descritos na literatura, para a emergência de Depressão pós-parto e dificuldades no *Bonding*, e.g. pais adolescentes; história psiquiátrica anterior; doença crónica; desempregados; divorciados/separados; malformações congénitas do bebé; complicações no trabalho de parto, parto e pós-parto; bebé doente; gravidez de risco ou múltipla; prematuridade, etc. (Bielaawska-Batorowiaz & Kossakowska-Petrycka, 2006; Davey, Dziurawiec & O'Brien-Malone, 2006; Berg et al., 2009; Chin, Hall & Daiches, 2011; Letourneau et al., 2011; Tavares, 2011; Tohotoa et al., 2012). A escolha da idade do bebé relacionou-se com o facto de ser entre a primeira e a décima segunda semana pós-parto que surge com maior intensidade a sintomatologia depressiva (Figueiredo, 2005; Nishimura & Ohashi, 2010). Em termos sociodemográficos limitou-se a recolha a sujeitos caucasianos, de nacionalidade portuguesa e residentes em Portugal continental, de modo a

contrariar vieses socioculturais que pudessem advir, tal como se pretendeu que tivessem o ensino básico concluído, evitando o surgimento de dificuldades de compreensão das questões ou do estudo por baixa escolaridade.

Foram obtidos um total de 59 sujeitos de nacionalidade portuguesa e residentes na zona de Grande Lisboa, que respeitavam os critérios de inclusão para o estudo e o Consentimento Informado foi dado por todos os participantes, tanto oralmente como por escrito (Anexo 3.3.).

Material

Foram utilizados um total de três instrumentos, a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (versão adaptada à população portuguesa), Questionário de Ligação ao Bebé Após o Nascimento (PBQ-12 Itens, versão adaptada à população portuguesa) e Questionário sociodemográfico que reunia variáveis sociodemográficas de interesse para o estudo. O Questionário sociodemográfico foi construído pela aluna e aprovado pelo Orientador. A escolha dos referidos instrumentos teve como base o encontrado na literatura relativamente à mensuração das referidas variáveis e sua possível relação (Melrose, 2010; Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2012). Assim sendo a *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, foi escolhida com o intuito de verificar a existência ou não de Depressão Pós-parto, e por sua vez a Questionário de Ligação ao Bebé Após o Nascimento, foi utilizado para verificar a qualidade do *Bonding* com o bebé, ou seja, se a ligação emocional ao bebé é saudável e adequada ou mais patológica.

Edinburgh Postnatal Depression Scale – Versão Adaptada à População Portuguesa

Foi aplicada a versão adaptada à população portuguesa da escala *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Anexo II.II), adaptada por Areias, Kumar, Barros & Figueiredo (1996) a partir da versão original de Cox (1986). Esta escala tem como intuito o despiste de Depressão Pós-parto sendo que cada item está estruturado para avaliar a existência ou não de episódios depressivos específicos do puerpério. Embora seja um instrumento de grande utilidade, não deve ser dispensado o uso de outras técnicas de diagnóstico. Foi construído para despistar Depressão Pós-parto em mulheres, mas nos últimos tempos tem sido usado com o mesmo intuito para os homens. Alguns autores defendem que não avalia de forma correta a sintomatologia masculina, e apesar de não se verificarem consensos na literatura sobre a sua validade para ambos os sexos, é considerado o instrumento mais adequado, já que ainda não foi construído nenhum instrumento que avaliasse exclusivamente sintomatologia depressiva nos homens no período do pós-parto (Melrose, 2010).

Tanto a versão original como a versão adaptada são constituídas por 10 itens relativos a diferentes estados e intensidades sentidos nos últimos sete dias, numa escala de resposta tipo

Likert de 4 pontos (0 = resposta menos patológica, 3 = resposta mais patológica). Os itens 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 são cotados inversamente (3 a 0). Para obter o score bruto do inquirido somam-se as pontuações obtidas, sendo que este valor poderá variar entre 0 e 30. De acordo com Cox (1986), o cut-off será >12 (pontuação a partir da qual se assume a existência de Depressão pós-parto) para o sexo feminino. Ribeiro (2007) citando Areias, Kumar, Barros & Figueiredo (1996), refere um ponto de corte diferente para homens, $\geq 7,5$ para a presença de Depressão *minor* e ≥ 8 para Depressão *major*.

Em relação às características psicométricas, a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* na versão original apresenta um índice de fidedignidade de 0,88 e a consistência interna é de 0,87 (Cox, 1986, cit. por Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2004). A escala adaptada para a população portuguesa apresenta bons valores de consistência interna (*Alpha de Cronbach*=0,85; *Coefficiente de Split-half*=0,84) e mostra-se fidedigna (Teste-Retest=0,75) (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996, cit. Por Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2004).

Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento (PBQ-12 Itens)

O questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento (Anexo II.III) foi adaptado para a população portuguesa por Nazaré, Fonseca & Canavarro (2012) através da versão original *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ) de Brockington, Fraser & Wilson (2006). O instrumento foi construído com o intuito de avaliar a existência de perturbações no *Bonding* mãe-bebê no período puerperal. Vários estudos têm sido efetuados sobre a estrutura fatorial do referido instrumento mas parece ainda não haver consensos. Contudo é considerado um instrumento útil e eficaz para a prática clínica e investigação (Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2012).

A primeira versão da escala original era constituída por 84 itens numa escala de resposta tipo Likert com 6 pontos (0 = Nunca a 5 = Sempre) e media a frequência de respostas emocionais e cognitivas da mãe relativamente ao seu bebê. As pontuações mais elevadas traduziam reações maternas mais patológicas, ou seja, menor qualidade do *Bonding*. Posteriormente elaborou-se uma revisão que diminui a escala para 25 itens. A versão reduzida da escala organizou-se em quatro fatores: “Ligação ao Bebê Danificada”, “Rejeição e Raiva”, “Ansiedade em Relação à Prestação de Cuidados” e “Risco de Abuso”. O primeiro fator explicava 34% da variância, enquanto os restantes explicavam uma percentagem de variância bastante inferior (8%, 3.7% e 3.4%) (Brockington, Fraser & Wilson, 2001). Alguns autores vieram posteriormente defender que esta estrutura fatorial não era a mais adequada (van Bussel, Spitz, & Demyttenaere, 2010, cit. Por Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2012). Segundo Brockington et al. (2001) o ponto de corte seria ≥ 13 , valor a partir do qual se considerava haver patologia na relação com o bebê, ou seja, *Bonding* patológico. Contudo os autores referidos apontam que este ponto de

corde não poderá ser estendido a outras amostras, havendo necessidade de analisar um novo ponto de corte.

A versão portuguesa da escala estendeu-se também a homens dada a necessidade de avaliar as possíveis problemáticas da ligação pai-bebé no pós-parto. Verificou-se em diversos estudos que os homens apresentavam valores mais elevados que as mulheres (Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2012). Após a realização de análises fatoriais confirmatórias as autoras citadas concluíram que para a população portuguesa, contrariamente à versão original, seria mais adequada uma estrutura de um só fator, “Ligação ao Bebé Danificada”, correspondente ao primeiro fator da escala original.

A versão final é então constituída por 12 itens, numa escala tipo Likert com 6 pontos (0 = Nunca, 5 = Sempre). Os itens 1, 5, 6, 11 são cotados inversamente (5 = Nunca, 0 = Sempre), levando a que a escala seja lida no sentido negativo, quanto maior o score obtido, menor a qualidade do *Bonding* e mais patológica a relação com o bebé. Foram encontrados bons índices de consistência interna (0,71) e temporal (0,62), bem como valores adequados de validade convergente e discriminante (0,63). As correlações item-total corrigidas (à exceção do item 6 e 15) excedem o valor recomendado de 0,20.

Segundo Nazaré, Fonseca & Canavarro (2012) ainda não foi possível definir um ponto de corte para a população portuguesa, sendo que a avaliação é feita consoante as pontuações sejam maiores ou menores. Pontuações elevadas são indicadoras de perturbação na ligação ao bebé, contrariamente quão mais baixas forem, mais saudáveis são as reações parentais ao bebé.

Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi construído apenas para o presente estudo (Anexo II.I). Constituído por 14 itens inclui informação sociodemográfica relativa ao pai e ao bebé (Data do parto; Idade do bebé; Primogénito vs. Filho seguinte; Idade e Sexo de restantes filhos; Idade, Escolaridade, Profissão e Estado Civil do Pai), a par de informação obstétrica (Tempo de gestação; Tipo de parto), informação sobre o planeamento da gravidez, e por último local e dia de preenchimento dos questionários.

Procedimento

A Amostra foi recolhida entre 25 de março e 11 de outubro de 2013, tendo sido interrompida no mês de agosto devido à baixa afluência às consultas de Saúde Infantil/Pediatria. A recolha foi feita nas consultas de Saúde Infantil do Centro de Saúde do Lumiar, incluindo a Unidade de Saúde Familiar das Conchas e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar (ACES Lisboa Norte) e no Serviço de Pediatria do Hospital dos Lusíadas.

Inicialmente foi contactada por correio eletrónico a Coordenadora Executiva do ACES Lisboa Norte (Centros de Saúde de Alvalade, Benfica, Coração de Jesus, Lumiar e Sete-Rios), a par da Diretora do Conselho Clínico, pedindo autorização formal para execução do estudo em utentes deste agrupamento (Anexo III.I). Após receber o aval, iniciaram-se contactos diretos com as Coordenações Locais dos referidos Centros de Saúde, para apresentação e explicação do estudo. Apenas o Centro de Saúde do Lumiar apresentou as condições adequadas para a recolha da amostra, tanto na Unidade de Saúde Familiar das Conchas como na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Foram feitos ainda contactos diretos com os Médicos de Família e Enfermeiros da Saúde Infantil, de modo a agilizar o processo. No período inicial a recolha de amostra foi efetuada apenas no Centro de Saúde do Lumiar, sendo que só mais tarde foram contados outros locais.

A aluna dirigia-se ao Centro de Saúde sempre que havia consultas de Saúde Infantil a bebés até às 12 semanas. A aplicação decorria na sala de espera, enquanto os pais aguardavam as consulta-s. A resposta aos questionários era individual, precedida de uma breve explicação sobre o estudo e objetivos e após ter sido assinado o consentimento informado. Enquanto os pais respondiam a aluna permanecia na sala de espera, mostrando-se disponível para responder a qualquer questão. Foi respeitado sempre o espaço e o tempo dos pais que estavam a responder, evitando criar qualquer constrangimento. Foi necessário ter sempre o cuidado de não prejudicar o normal funcionamento das consultas e dinâmicas internas do Centro de Saúde.

Posteriormente, devido à dificuldade acrescida em recolher os dados, contactou-se com alguns Hospitais privados e consultórios de pediatria. Apenas o Hospital dos Lusíadas permitiu a realização do estudo. Foram feitos contactos por correio eletrónico e pessoalmente com o Diretor Clínico do Hospital e com o Coordenador do Serviço de Pediatria (Anexo III.II). Foram ainda feitos contactos com Enfermeiros e auxiliares técnicos. Devido à impossibilidade de ter acesso às marcações das consultas dos bebés até às 12 semanas, a aluna dirigiu-se ao Hospital durante vários dias, permanecendo na sala de espera da Consulta de Pediatria, durante todo o horário das consultas, abordando os pais que iam chegando para consultar os seus filhos. As respostas aos questionários seguiram exatamente o mesmo procedimento feito anteriormente no Centro de Saúde do Lumiar, de modo a homogeneizar o processo de recolha e evitando criar enviesamentos ao estudo.

Tanto no Centro de Saúde do Lumiar como no Hospital dos Lusíadas, antes de ceder o documento com os questionários aos participantes, foi tida uma conversa prévia com os mesmo, de modo a respeitar os fatores de exclusão da amostra definidos. O documento entregue aos participantes foi o mesmo em ambos os locais, sendo constituído por duas cópias do

Consentimento Informado, uma para a aluna, outra para o participante, questionário sociodemográfico, *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (versão adaptada à população portuguesa), Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento (PBQ-12 Itens) e folha de agradecimento e contactos da aluna para eventual esclarecimento, que ficava com o participante. A ordem de apresentação dos instrumentos foi sempre a mesma.

Foram cumpridas as principais normas de ética, colocando o interesse e bem-estar do participante sempre em primeiro lugar. A informação foi dada de forma clara e compreensível. Desde início que foi dado a conhecer aos participantes o direito de desistir ou recusar a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo. Tentou-se proteger os participantes de qualquer dano físico, psicológico ou emocional. O anonimato e a confidencialidade foram garantidos.

A análise dos dados recolhidos foi posteriormente obtida através do programa de tratamento estatístico SPSS Statistics 21 (versão 21.0; SPSS Inc., Chicago, IL).

RESULTADOS

Este capítulo tem como principal intuito revelar os resultados obtidos no presente estudo e encontra-se subdividido em três secções. Primeiramente procedeu-se à caracterização dos participantes, de seguida à análise da Sensibilidade e Consistência Interna de ambos os instrumentos utilizados e por último apresentam-se os resultados das quatro questões de investigação formuladas.

Caracterização dos Participantes

A caracterização dos participantes foi feita através da análise dos dados sociodemográficos (Anexo IV.I). Assim sendo, relativamente à Idade, esta variava entre os 25 e 52 anos ($M = 35,03$; $DP = 5,971$), sendo que a maioria se inseria no intervalo entre os 30 e os 39 anos (62.7%) (Tabela 3).

Tabela 3- *Classificação da Idade dos Participantes por Intervalo*

	N	%
<30	10	16.9
30-39	37	62.7
40-49	10	16.9
>50	2	3.4
Total	59	100

Relativamente às Habilitações, 11,9% tinham o Ensino Básico, 33,9% tinham o Ensino Secundário, 42,4% eram Licenciados e 11,9% tinham o grau de Mestre. O Estado Civil pretendido para o estudo compreendia apenas Solteiros ou Casados, mas numa relação amorosa com a Mãe do bebé. Deste modo a maioria dos participantes eram casados com uma percentagem de 72,9% e 27,1% eram solteiros.

Quanto a Primogénito vs. Filho seguinte, 52,5% afirmaram que se tratava do primeiro filho e 47,5% já tinham outros filhos. Relativamente ao Planeamento da gravidez, 18,6% não planearam, apenas um participante (1,7%) respondeu ter sido planeada só pela Mãe, nenhum participante respondeu que foi planeada apenas pelo próprio, e a maioria afirmou ter sido planeada por ambos (79,7%).

Por último, quanto ao Sexo do bebé, 55,9% eram pais de bebés de género masculino e 44,1% de género feminino.

Análise da Sensibilidade

Com o intuito de averiguar se os instrumentos, *Edinburgh Postnatal Depression Scale* e Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento, apresentam boas propriedades psicométricas ao nível da sensibilidade, foi verificada a normalidade dos mesmos através do Teste Kolmogorov-Smirnov (N=59). A partir da análise da tabela 4, verifica-se que a Escala *Edinburgh Postnatal Depression Scale* segue uma distribuição normal ($p\text{-value}=0,206$), o que não se verifica no Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento ($p\text{-value}=0,036$). Contudo, Marôco (2010) refere o Teorema do Limite Central para avançar com a aceitação de uma distribuição normal independentemente dos valores de $p\text{-value}$. Ou seja, à medida que a dimensão da amostra aumenta, a distribuição da média amostral tende para uma distribuição normal, assumindo que amostras cuja dimensão seja superior a 25-30 elementos apresentam uma distribuição da média amostral satisfatoriamente aproximada à normal. Tendo em conta que a presente amostra tem uma dimensão de 59 elementos, conclui-se que existe normalidade para ambos os instrumentos.

Foram ainda calculados os valores de Assimetria e Achatamento, constatando-se, através da leitura da tabela 4, uma sensibilidade satisfatória para a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Assimetria=0,750; Achatamento=-0,029) e para o Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento (Assimetria=0,895; Achatamento=-0,226), sendo que os valores da assimetria devem situar-se]-3,3[e o achatamento entre]-8,8[(Marôco, 2010) (Anexo IV.II).

Tabela 4 – *Análise da Sensibilidade da Edinburgh Postnatal Depression Scale e do Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento*

	<i>NºItens</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov (p-value)</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Achatamento</i>
Total_DPP	10	0,206	0,750	-0,029
Total_Bonding	12	0,036	0,895	-0,226

Análise da Consistência Interna

A análise da Consistência Interna é feita através do Alpha de Cronbach (α), sendo realizada para ambas as escalas utilizadas. Tem como objetivo conferir o nível em que as medições dos dados que foram recolhidos podem ser replicadas. Para que as escalas tenham uma boa fidelidade, o Alpha de Cronbach (α) deve ser $\geq 0,8$ (Marôco, 2010).

É possível verificar através da leitura da tabela 5, os valores de consistência interna de ambos os questionários, *Edinburgh Postnatal Depression Scale* ($\alpha = 0,680$) e o Questionário de

Ligação ao Bebê após o Nascimento ($\alpha = 0,674$), inferiores a 0,8, porque considerados mediocres (Anexo IV.III).

Tabela 5 - *Análise da Consistência Interna da Edinburgh Postnatal Depression Scale e do Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento*

<i>Consistência Interna</i>	<i>Alpha Cronbach</i>	<i>Número de Itens</i>
<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>	0,680	10
Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento	0,674	12

Análise às Questões de Investigação

Os resultados referentes às questões de investigação definidas serão descritos respeitando a ordem em que foram colocados anteriormente. Com o intuito de testar as hipóteses em causa utilizou-se um nível de significância de (α) $\leq 0,05$ para aceitar ou rejeitar a hipótese nula.

Como as variáveis dependentes eram do tipo quantitativo, recorreu-se à estatística paramétrica, considerada mais potente (Marôco, 2010). Para tal foram respeitados os pressupostos, e apesar do pressuposto da normalidade não se verificar em alguns casos, o pressuposto da homogeneidade de variâncias, foi verificado à exceção de para uma variável (Anexo IV. VIII.).

Com base na média dos itens por cada sujeito foram construídas as variáveis “Total_DPP” e “Total_Bonding”. A variável “Total_DPP” remete então para a variável Depressão Pós-parto construída com base nas respostas aos itens da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* -versão adaptada à população portuguesa-, incluindo os participantes do grupo C/DPP e do grupo S/DPP (N = 59). A variável “Total_Bonding” remete para a variável *Bonding*, referente ao Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento, englobando as respostas da amostra total (N = 59).

À exceção da Questão de Investigação I escolheu-se analisar a amostra conjunta de modo a perceber como esta se comporta, independentemente da divisão em grupo C/DPP e grupo S/DPP. Pretendeu-se assim, ao invés de comparar os grupos com ou sem depressão, verificar se há ou não um aumento da sintomatologia depressiva, em termos globais, perante a influência de certas variáveis. O mesmo foi efetuado relativamente ao *Bonding*, verificando, também em termos globais, se a qualidade do *bonding* é ou não influenciada pelas mesmas variáveis.

Questão de Investigação I

Tendo em vista a **questão de investigação I**, primeiramente efetuou-se uma análise descritiva, com o intuito de verificar a incidência de Depressão Pós-parto na presente amostra (Anexo IV.IV.). Deste modo, através da leitura da tabela 6 verifica-se que apenas 7 dos

participantes foram classificados como tendo Depressão Pós-parto, equivalendo a 11,9% da amostra total. É uma percentagem bastante baixa, havendo uma grande heterogeneidade entre grupos, o que não permite extrapolar dados. Contudo há que ter em conta que a amostra é de baixa dimensão ($N = 59$), pelo que encontrar 7 participantes com Depressão Pós-parto pode ter alguma, ainda que pouca, representatividade. A destrição foi feita com base no ponto de corte definido para a população masculina da versão portuguesa da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Ribeiro, 2008). Deste modo os participantes cuja média fosse igual ou superior a 7,5 eram considerados como estando deprimidos.

Tabela 6 – *Percentagem de participantes com e sem Depressão Pós-parto*

	<i>N</i>	<i>%</i>
C/DPP	7	11,9
S/DPP	52	88,1
Total	59	100

Seguidamente, através da tabela 7, verifica-se o score médio das respostas dos participantes ($\underline{M} = 0,3983$), tal como o valor médio mínimo ($\underline{Min} = 0,00$), máximo ($\underline{Max} = 1,20$) e o desvio-padrão ($\underline{DP} = 0,29565$). Observa-se que a média é bastante baixa, tal como o valor máximo ($\underline{Max} = 1,20$), se for tido em conta que o valor máximo possível de alcançar é de 3.

Tabela 7 – *Análise do valor mínimo, máximo, média e desvio-padrão do score total de Depressão Pós-parto*

DPP_Total	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
	59	0,00	1,20	0,3983	0,29565

Na tabela 8 é apresentada a análise descritiva do grupo com Depressão Pós-parto e do grupo sem Depressão Pós-parto, por variáveis sociodemográficas. Torna-se de relevo referenciar os resultados que mais diferem entre os grupos. Verifica-se assim, quanto ao Sexo do bebé, que o grupo dos participantes com sintomatologia depressiva é constituído na maioria por participantes com filhos do sexo masculino, com uma grande discrepância face ao sexo feminino, o que não se verifica no grupo sem Depressão Pós-parto, onde a amostra surge mais homogénea. No que toca ao Estado Civil, contrariamente ao grupo sem Depressão Pós-parto, onde há participantes casados e solteiros, no grupo com Depressão Pós-parto todos os participantes são casados. Relativamente ao Planeamento da Gravidez, apenas no grupo com Depressão Pós-parto há menção a uma gravidez planeada apenas pela Mãe, embora a maioria refira ser planeada por

ambos. Por último, quanto à Idade, o grupo com Depressão Pós-parto apresenta uma média de idades ligeiramente superior face ao grupo sem Depressão Pós-parto, embora a diferença não seja significativa.

Tabela 8 - *Análise Descritiva do Grupo com Depressão Pós-parto e do Grupo sem Depressão Pós-parto*

	C/DPP			S/DPP		
	N	%	M	N	%	M
Sexo_Bebé						
Feminino	1	14,3		25	48,1	
Masculino	6	85,7		27	51,9	
Primogénito vs. Filho seguinte						
Sim	2	28,6		29	55,8	
Não	5	71,4		23	44,2	
Estado_Civil						
Solteiro				16	30,8	
Casado	7	100		36	69,2	
Planeamento						
Gravidez						
Por ambos	4	57,1		43	82,7	
Pela Mãe	1	14,3				
Não	2	28,6		9	17,3	
Habilitações_Pai						
Ens.Básico				7	13,5	
Ens.Secundário	1	14,3		19	36,5	
Licenciatura	5	71,4		20	38,5	
Mestrado	1	14,3		6	11,5	
Idade_Pai			38,86			34,52

Questão de Investigação II

Quanto à **Questão de Investigação II**, tendo em conta a validação dos pressupostos necessários, foi efetuada uma regressão linear simples, uma vez que assim é possível determinar se a variável independente (“Total_DPP”) influencia a variável dependente (“Total_Bonding”) (Anexo IV.V.). Nesta medida, através da leitura da tabela 9 verifica-se uma correlação positiva (p -value = 0,043; R = 0,266), ou seja encontra-se uma associação entre a variável “Total_DPP” e a variável “Total_Bonding”, sendo que quando aumenta o score da variável “Total_DPP”, indicando aumento da sintomatologia depressiva, aumenta o score da variável “Total_Bonding”, indicando a presença de reações emocionais mais patológicas face ao bebé.

Tabela 9 – *Análise da Correlação de Pearson para a variável Total_DPP e para a variável Total_Bonding*

	Total_Bonding	Total_DPP
Correlação de Pearson	0,226	0,226
Sig.	0,043	0,043
N	59	59

Contudo, através da tabela 10 conclui-se que o Modelo de Regressão não se revela significativo (p - *value* = 0,086), sendo que a variável “Total_DPP”, ou seja a sintomatologia depressiva, no presente estudo, explica apenas 3,4% da variância da variável “Total_Bonding”, ou seja, a qualidade do *bonding*.

Tabela 10 – *Análise da Correlação de Pearson para a variável Total_DPP e para a variável Total_Bonding*

	R	Erro ao Quadrado	Erro ao Quadrado Ajustado	Sig.	Durbin-Watson
1	0,226	0,051	0,034	0,086	1,576

Na tabela 11 pode-se verificar que o score da variável “Total_Bonding” é superior nos participantes com Depressão pós-parto (\underline{M} = 0,5119; \underline{DP} = 0,261) relativamente aos sem Depressão Pós-parto (\underline{M} = 0,3552; \underline{DP} = 0,346). Conclui-se que a presença de sintomatologia está então associada à diminuição da qualidade do *Bonding*.

Tabela 11 – *Análise da Estatística Descritiva para a Grupo com Depressão Pós-parto e Grupo sem Depressão Pós-parto relativamente à variável Bonding*

Total_Bonding	DPP_Grupos	DPP_Grupos	
		\underline{M}	\underline{DP}
	C/ DPP	0,5119	0,09865
	S/ DPP	0,3552	0,04799

Questão de Investigação III

Relativamente à **Questão de Investigação III**, após verificação dos pressupostos, utilizou-se o teste T de Student para amostras independentes, quando se testou a diferença de médias da variável “Total_Bonding” em duas amostras ou grupos independentes (Sexo do Bebê, Primogénito

vs. Filho seguinte, Estado Civil) e a ANOVA One-Way quando comparadas mais de duas amostras independentes (Planeamento da Gravidez: 4 grupos). Utilizou-se ainda o Coeficiente de Correlação de Pearson para estudar a relação entre a variável “Total_Bonding” e a variável Idade do Pai e o Coeficiente de Correlação de Spearman para estudar a relação entre a variável “Total_Bonding e a variável Habilitações do Pai (Anexo IV.VI).

Análise das diferenças relativamente ao Sexo do Bebé.

Através do procedimento estatístico T de Student, verificou-se a partir da leitura da tabela 12, que há diferenças significativas no score da variável “Total_Bonding” relativamente ao sexo do bebé ($p\text{-value} = 0,024$). O score da variável “Total_Bonding” é mais elevado quando o sexo do bebé é masculino ($M = 0,461$; $DP = 0,341$), o que indica a presença de uma ligação emocional mais perturbada, comparando com o sexo feminino, que apresenta valores mais baixos ($M = 0,262$; $DP = 0,307$), indicativos de uma ligação emocional mais adequada e saudável.

Tabela 12 – Análise T de Student para as variáveis Total_Bonding e Sexo do Bebé

		Sexo_Bebé			<u>Sig.</u>
		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	
Total_Bonding	Masculino	33	0,4612	0,34122	0,024
	Feminino	26	0,2628	0,30794	

Análise das diferenças relativamente a Primogénito vs. Filho seguinte.

A referida variável foi analisada a partir do procedimento estatístico T de Student, verificando-se através da leitura da tabela 13 que não há diferenças significativas no score da variável “Total_Bonding” relativamente à variável Primogénito vs. Filho seguinte ($p\text{-value} = 0,217$). Ou seja, que o facto do pai ser ou não primíparo, não influencia a capacidade de ligação emocional ao bebé. Contudo, verificou-se que os pais primíparos apresentam um score menor ($M = 0,321$; $DP = 0,350$) indicativo de uma ligação emocional ao bebé mais saudável, comparativamente com os pais com mais filhos ($M = 0,431$; $DP = 0,322$).

Tabela 13 – Análise T de Student para as variáveis Total_Bonding e Primogénito_Filho seguinte

		Primogénito_filho seguinte			<u>Sig.</u>
		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	
Total_Bonding	Sim	31	0,3216	0,35047	0,217
	Não	28	0,4315	0,32239	

Análise das diferenças relativamente ao Estado Civil.

A partir do procedimento estatístico T de Student, conclui-se que há diferenças significativas no score da variável “Total_Bonding” entre pais solteiros e casados ($p\text{-value} = 0,025$). O score revelou-se mais elevado nos pais casados ($\underline{M} = 0,433$; $\underline{DP} = 0,336$), o que é indicador de uma ligação emocional ao bebé mais perturbada, em comparação com os pais solteiros ($\underline{M} = 0,213$; $\underline{DP} = 0,301$), que ao apresentarem um score mais baixo, revelam ligação emocional ao bebé com maior qualidade (tabela 14).

Tabela 14 – *Análise T de Student para as variáveis Total_Bonding e Estado Cívil*

		Estado_Civil			
Total_Bonding		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Sig.</u>
	Solteiro	16	0,2135	0,30118	
	Casado	43	0,4334	0,33610	
					0,025

Análise das diferenças relativamente ao Planeamento da Gravidez.

Foi utilizado o procedimento estatístico ANOVA One-way e não se verificaram diferenças significativas entre o score da variável “Total_Bonding” e a variável Planeamento da Gravidez ($p\text{-value} = .935$) (Tabela 15). Contudo através da leitura da tabela 16 verifica-se que o score foi mais elevado nos participantes que afirmam que a gravidez não foi planeada ($\underline{M} = 0,371$; $\underline{DP} = 0,389$) comparativamente aos participantes em que a gravidez foi planeada por ambos ($\underline{M} = 0,377$; $\underline{DP} = 0,04873$). A hipótese referente ao planeamento da gravidez apenas pela Mãe apresenta o score mais baixo relativamente às restantes ($\underline{M} = 0,250$), contudo há que ter em conta que apenas um participante deu esta resposta.

Tabela 15 – *Análise Anova One-way para as variáveis Total_Bonding e Planeamento da Gravidez*

Modelo	Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Sig.
Entre Grupos	0,016	2	0,008	0,067	0,935
Dentro Grupos	0,653	56	0,119		
Total	0,669	58			

Tabela 16 – *Análise Descritiva para a variável Total_Bonding e Planeamento_Gravidez*

		Planeamento_Gravidez		
Total_Bonding		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
	Não	11	0,3712	0,38974
	Pela Mãe	1	0,2500	-
	Por Ambos	47	0,3770	0,04873

Análise da relação com a Idade.

No que toca aos resultados referentes à variável Idade, utilizou-se o procedimento estatístico Coeficiente de Correlação de Pearson. Verificou-se a existência de uma correlação positiva significativa ($p\text{-value} = 0,043$) ($R_p = 0,264$), indicando que quão maior a idade do pai, maior o score da variável “Total_Bonding”, logo menor qualidade na ligação emocional ao bebé, comparativamente aos pais mais novos (tabela 17).

Tabela 17 – *Análise Coeficiente de Pearson para as variáveis “Total_Bonding” e Idade do Pai*

	Idade_Pai	
Total_Bonding	<u>Sig.</u> 0,043	<u>R</u> 0,264

Análise da relação com as Habilitações.

Para analisar a referida variável foi usado o procedimento estatístico Coeficiente de Correlação de Spearman. Constatou-se, através da leitura da tabela 18, que não existe nenhuma correlação significativa entre as variáveis “Total_Bonding” e Habilitações do Pai ($p\text{-value} = 0,153$) ($R_s p = 0,188$).

Tabela 18 – *Análise Coeficiente de Spearman para as variáveis Total_Bonding e Habilitações*

	Habilitações_Pai	
Total_Bonding	<u>Sig.</u> 0,153	<u>R</u> 0,188

Questão de Investigação IV

Relativamente à **Questão de Investigação IV**, após verificação dos pressupostos, utilizaram-se os mesmos procedimentos estatísticos que na questão de investigação III, já que as variáveis sociodemográficas são as mesmas, e a variável “Total_DPP” é igualmente uma variável quantitativa (Anexo IV.VII.).

Análise das diferenças relativamente ao Sexo do Bebé.

Através do procedimento estatístico T de Student, verificou-se que não há diferenças significativas no score da variável “Total_DPP” relativamente à variável Sexo do bebé ($p\text{-value} = 0,055$). Contudo, ainda que ligeiro e sem significado estatístico, o sexo feminino obteve scores

mais baixos que o masculino, indicando a presença de menos sintomatologia depressiva (tabela 19).

Tabela 19 – *Análise T de Student para as variáveis Total_DPP e Sexo do Bebê*

		Sexo_Bebê			<u>Sig.</u>
Total_		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	
DPP	Masculino	33	0,4636	0,32193	0,055
	Feminino	26	0,3154	0,23949	

Análise das diferenças relativamente a Primogénito vs. Filho seguinte.

A referida variável foi analisada a partir do procedimento estatístico T de Student, verificando-se através da leitura da tabela 20 que existem diferenças significativas entre o score da variável “Total_DPP” e a variável Primogénito vs. Filho seguinte (*p-value* = 0.002). Assim sendo, os participantes não-primíparos (\underline{M} = 0,5179; \underline{DP} = 0,31157) apresentam um maior score, indicando aumento de sintomatologia depressiva, comparativamente com os primíparos (\underline{M} = 0,2903; \underline{DP} = 0,23714).

Tabela 20 – *Análise T de Student para as variáveis Total_DPP e Primogénito_Filho seguinte*

		Primogénito_Filho seguinte			<u>Sig.</u>
Total_DPP		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	
	Sim	31	0,2903	0,23714	0,002
	Não	28	0,5179	0,31157	

Análise das diferenças relativamente ao Estado Civil.

Para analisar a referida variável utilizou-se o procedimento estatístico T de Student. Dado que as variâncias não foram homogêneas (ANEXO), utilizou-se o *p-value* atribuído às variâncias não homogêneas, ao invés de utilizar um procedimento não paramétrico, garantindo uma maior potência.

Através da análise da tabela 21 verifica-se a presença de diferenças significativas entre a variável Estado civil e o score da variável “Total_DPP” (*p-value* = 0,001). Assim sendo, os participantes casados (\underline{M} = 0,4698; \underline{DP} = 0,30436) apresentam um score superior, indicativo de aumento da sintomatologia depressiva, comparativamente ao dos participantes solteiros (\underline{M} = 0,2063; \underline{DP} = 0,15692),

Tabela 21 – *Análise T de Student para as variáveis Total_DPP e Estado Civil*

		Estado_Civil			
		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Sig.</u>
Total_DPP	Solteiro	16	0,2063	0,15692	0,001
	Casado	43	0,4698	0,30436	

Análise das diferenças relativamente ao Planeamento da Gravidez.

Partindo do pressuposto estatístico Anova One-way conclui-se, através da visualização da tabela 22, que não existem diferenças significativas no score da variável “Total_DPP” entre grupos, no que toca à variável Planeamento da gravidez ($p\text{-value} = 0,292$). Contudo, através da visualização da tabela 23, constata-se que o score da variável “Total_DPP” é menor no grupo cuja gravidez foi planeada por ambos os pais ($\underline{M} = 0,3766$; $\underline{DP} = 0,04206$), apesar dos dados não poderem ser extrapolados dado a heterogeneidade dos grupos.

Tabela 22 – *Análise Anova One-Way para as variáveis Total_DPP e Planeamento da Gravidez*

<i>Modelo</i>	<i>Soma dos Quadrados</i>	<i>Graus de Liberdade</i>	<i>Quadrado da Média</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Entre Grupos	0,281	2	0,109	1,260	0,292
Dentro Grupos	4,852	56	0,087		
Total	5,070	58			

Tabela 23 – *Análise Descritiva para a variável Total_DPP e Planeamento da Gravidez*

		Planeamento_Gravidez		
		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
Total_DPP	Não	11	0,4545	0,32051
	Pela Mãe	1	0,8000	
	Por Ambos	47	0,3766	0,04206

Análise da relação com a Idade.

Foi utilizado o procedimento estatístico Coeficiente de Correlação de Pearson e verificou-se que não há correlação significativa entre a variável “Total_DPP” e a variável idade ($p\text{-value} = 0,414$), ($Rp = 0,108$) (Tabela 24). Ou seja, a idade não influencia o aumento da sintomatologia depressiva.

Tabela 24 – *Análise do Coeficiente de Correlação de Pearson para as variáveis Total_DPP e Idade do Pai*

		Idade_Pai	
		<u>Sig.</u>	<u>R</u>
Total_DPP		0,414	0,108

Análise da relação com as Habilitações.

Através do procedimento estatístico Coeficiente de Spearman, com a leitura da tabela 22, conclui-se não há uma correlação significativa entre o score da variável “Total_DPP” e a variável Habilitações ($p\text{-value} = 0.260$), ($R_s = 0.149$) (Tabela 25). Tal significa que as habilitações não estão associadas ao aumento da sintomatologia depressiva.

Tabela 25 – *Análise do Coeficiente de Correlação de Spearman para as variáveis Total DPP e Habilitações*

	Habilitações_Pai	
	<u>Sig.</u>	<u>R</u>
Total_DPP	0,260	0,149

DISCUSSÃO

As pesquisas e investigações realizadas sobre a Depressão Pós-parto masculina são muito recentes na realidade portuguesa. Sendo assim, torna-se extremamente importante a realização de mais estudos, permitindo o alargamento do conhecimento. O mesmo se verifica face ao *Bonding* pai-bebé, analisado, até à data e em Portugal, apenas para amostras comunitárias. Assim sendo, foi encontrado apenas um estudo que cruzasse Depressão Pós-parto Masculina e *Bonding* Pai-bebé de Edborgh et al (2005), o que leva a crer que o presente estudo poderá ser um importante contributo, sobretudo para a realidade portuguesa. Este trabalho pretende então verificar a incidência de Depressão Pós-parto numa amostra de homens portugueses, isentos *à priori* dos fatores descritos como de risco, pela literatura existente. Do mesmo modo pretende-se verificar se a sintomatologia depressiva vai influenciar ou não a qualidade do *bonding* pai-bebé. Visto ser um estudo exploratório, testou-se ainda a influência de variáveis sociodemográficas de relevo sobre a sintomatologia depressiva e *bonding*, analisando se certos dados demográficos podem aumentar a probabilidade de emergência de Depressão Pós-parto ou fazer diminuir a qualidade do *bonding* pai-bebé.

Posto isto, proceder-se-á de seguida à articulação entre os resultados obtidos e a teoria existente acerca do tema em estudo, tal como a colocação de hipóteses explicativas para os dados encontrados. A discussão dos resultados será apresentada de acordo com a ordem com que as questões de investigação foram colocadas.

Inicia-se com a análise dos valores da sensibilidade e consistência interna dos instrumentos utilizados, *Edinburgh Postnatal Depression Scale – versão adaptada à população portuguesa* - e Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento. A sensibilidade é considerada satisfatória para ambos, contrariamente à consistência interna, cujos valores são relativamente baixos, quando comparados com o valor de referência (0,8) (Marôco, 2010). Tal pode estar relacionado com as características da amostra, nomeadamente a sua baixa dimensão, mas também com o efeito de desajustabilidade social, que leva a que os participantes respondam essencialmente de acordo com o que pensam ser correto e desejável (Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2012). O estudo de Magano (2008), onde foi utilizada a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* para uma população masculina apresenta igualmente uma sensibilidade satisfatória. Estudos anteriores levados a cabo com os mesmos instrumentos apresentam valores de consistência interna mais elevados, indicativos de uma consistência interna de melhor qualidade. Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais (2004), numa investigação sobre a sintomatologia depressiva no pós-parto em mulheres, através da *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, verificaram um valor de consistência interna de 0.85, considerado elevado. Magano (2008) num estudo longitudinal com a

população masculina verificou um valor de consistência interna de 0,8103, também considerado elevado. Nazaré, Fonseca & Canavarro (2012) referiram que a validação para a população portuguesa do Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento, obteve um nível de consistência interna de 0.71, considerado razoável, apesar de ser menor que 0,8. Este valor aproxima-se mais do encontrado no presente estudo.

Relativamente à **Questão de Investigação I**, verifica-se a existência de casos de Depressão Pós-parto Masculina na presente amostra, detetados com base no ponto de corte da versão adaptada à população portuguesa da *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, definido para a população portuguesa masculina (Ribeiro, 2008). Contudo, o número de participantes deprimidos é baixo, o que pode estar relacionado sobretudo com a baixa dimensão da amostra, sendo que possivelmente ao aumentar o número de participantes, aumentariam os casos de depressão. Há que ter em consideração que a Depressão Pós-parto Masculina é uma psicopatologia com uma taxa de incidência relativamente baixa, sendo que apesar de não haver consensos exatos na literatura, estima-se que não ultrapasse os 26%, variando em média entre os 4 e 10% (Bielawska-Batorowiaz & Kossakowska, 2006; Melrose, 2010; Habib, 2012; Tohotoa et al., 2012). Note-se que foram excluídos da amostra fatores considerados de risco acrescido para o surgimento de problemáticas psicológicas após o nascimento, e apesar de não significativo, o número de participantes deprimidos pode ser considerado. Há que ter em conta também que não houve nenhum pré-requisito que permitisse verificar se os participantes sofriam ou não de sintomatologia depressiva, não sendo definido *à priori* uma amostra clínica a comparar com uma amostra comunitária. O número diminuto de casos de Depressão Pós-parto poderá ainda estar relacionado com o efeito de desejabilidade social, com o estigma e pré-conceito da sociedade e medo das possíveis repercussões, tal como com a natureza dos próprios instrumentos que se podem mostrar pouco sensíveis para a sintomatologia depressiva em Homens (Melrose, 2010; Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2012). Segundo Edborgh et al. (2005) os homens obtêm scores mais baixos que as mulheres na *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, adotando uma postura menos triste e mais neutra face ao bebé. Magano (2008) num estudo efetuado com a população masculina encontrou também uma taxa de incidência baixa (7%) de casos de homens com Depressão Pós-parto. Escribà-Aguir & Artazcoz (2011) verificaram uma percentagem de incidência de casos de Depressão Pós-parto Masculina também muito baixa (4%).

Quanto à **Questão de Investigação II** constatou-se que existe uma correlação positiva, embora fraca, entre a sintomatologia depressiva no pós-parto e o *Bonding*. Tal significa que há uma ligeira influência entre as variáveis, sendo que ao aumentar a sintomatologia depressiva, a qualidade do *Bonding* diminui, ou seja, a ligação ao bebé apresenta-se mais patológica. O que vai

ao encontro do defendido no trabalho de Edhborg et al. (2005), onde é verificada uma correlação positiva entre a presença de Depressão Pós-parto Masculina e qualidade inferior do *bonding* pai-bebé. Também Brockington et al. (2006) defende que a sintomatologia depressiva no pós-parto poderá potenciar a má qualidade do *bonding* mãe-bebé.

Apesar de tudo o que foi acima referido, o modelo de regressão não pode ser considerado significativo, já que a percentagem de variância é muito baixa, o que significa que existem mais fatores a influenciar a qualidade do *Bonding* para além da presença ou não de sintomatologia depressiva no pós-parto. Este facto poderá relacionar-se com a pequena dimensão da amostra no geral, e em particular com os poucos participantes inseridos no grupo dos sujeitos classificados com Depressão pós-parto. Notando-se assim uma elevada disparidade entre grupos (Deprimido VS. Não-Deprimido). Também há que considerar o efeito da desejabilidade social, já que o problema de investigação do presente estudo contempla uma dimensão bastante íntima, controversa e geradora de conflito interno pela sua dimensão ambivalente. Ainda há que ter em consideração que os homens apresentam maior dificuldade em expor as suas dificuldades ao nível psicológico e emocional comparativamente às mulheres. Deste modo, como se pode verificar no estudo de Nazaré, Fonseca & Canavarro (2012), há por parte do pai uma necessidade de responder o que pensa ser socialmente aceite, ao invés de afirmar verdadeiramente o que sente. Nomeadamente, as autoras supracitadas, referem que certos pais podem não afirmar os seus problemas no pós-parto relativamente ao bebé com receio que possam ser penalizados de alguma forma, como por exemplo perda da custódia do filho, queixa de maus-tratos, etc..

No que toca à **Questão de Investigação III**, pretendeu-se cruzar o *Bonding* com as variáveis sociodemográficas consideradas de relevo e para tal foi considerada a amostra completa. Deste modo, quanto à variável Sexo do bebé, verifica-se a presença de diferenças significativas na qualidade do *Bonding* entre bebés do sexo feminino e bebés do sexo masculino, sendo a qualidade do *Bonding* superior nos bebés do sexo feminino, levando a que os pais tenham reações mais saudáveis, comparativamente ao sexo masculino. O que vai ao encontro do estudo de Brandão (2009) referindo que o sexo do bebé poderá influenciar a qualidade do *Bonding* pai-bebé. Numa análise dinâmica, tal poderá estar relacionado com o facto de ao ter uma filha ao invés de um filho, o pai não sentir que o seu lugar, enquanto homem, é posto em causa, não tendo que rivalizar e competir pelo amor da Mãe. Esta hipótese é colocada com base no Complexo de Édipo, ocorrente no estágio fálico do desenvolvimento psicosexual. Assim sendo, Brenner (1987) refere que no caso dos meninos, entre os 2/3 anos e os 6 anos, dá-se o desenvolvimento de fantasias incestuosas relativamente à mãe e contrariamente, fantasias de aniquilamento face ao pai. O menino começa a desejar o amor de sua mãe apenas para ele próprio, rivalizando e

competindo com o pai, pelo seu lugar. Mazet & Stoleru (2003) referem que após o nascimento, os pais tendem a projetar sobre os bebés do sexo masculino imagos masculinas, e.g. do próprio pai, e sobre as meninas, imagos femininas, e.g. da própria mãe. De igual forma têm a tendência de reorganizar em torno dessas imagos os desejos e conflitos correspondentes às imagos originais, sobretudo o conflito edípiano. Logo mais uma vez, o complexo de Édipo poderá estar na base de uma maior proximidade aos bebés do sexo feminino, projeção do amor edípiano que os próprios pais tiveram em crianças pelas suas mães.

Ainda que numa dinâmica mais inconsciente, estes movimentos poderão estar na base de uma ligação emocional mais saudável com bebés do sexo feminino. Também o facto de perante bebés do sexo feminino, o pai apresentar-se menos deprimido do que em bebés do sexo masculino irá influenciar a qualidade do *Bonding*, sendo este vínculo mais frágil na presença de sintomatologia depressiva (Schwenger & Piccinini, 2003; Melrose, 2010).

Relativamente à análise da variável Primogénito vs. Filho seguinte, constatou-se que não há diferenças significativas na qualidade do *Bonding* em pais primíparos ou com mais filhos, o que vai contra o esperado já que, à luz da literatura os pais primíparos apresentam sempre um maior risco de desenvolver problemáticas após o nascimento devido às mudanças nos papéis sociais e novas adaptações, experienciadas pela primeira vez (Canavarro & Pedrosa, 2005; Brandão, 2009; Tohotoa et al., 2012). Quanto à variável Estado Civil, verificam-se diferenças significativas relativamente à qualidade do *Bonding*, o que vai ao encontro do defendido por Brandão (2009) afirmando que o tipo de relação conjugal e o Estado Civil vão influenciar a qualidade do *Bonding* pai-bebé. É importante frisar que para o presente estudos apenas foram incluídos pais casados ou solteiros, mas em relação amorosa e coabitação com a mãe do bebé. Tal escolha teve a ver com a minimização do risco de desenvolver problemas na ligação emocional ao bebé provocadas por um divórcio, separação ou pelo falecimento da conjugue, no caso da viuvez, já que estes problemas conjugais são considerados fatores de alto risco para o *Bonding* (Letourneau et al., 2011). Deste modo, os pais solteiros, contrariamente ao esperado e descrito na literatura, apresentam uma maior ligação emocional ao bebé que os pais casados (Figueiredo, 2005). Este resultado possivelmente pode estar relacionado com o receio de, ao não estar casado, poder perder mais facilmente a ligação ao bebé mediante uma separação da companheira, havendo a necessidade, ainda que numa dimensão inconsciente, de manter laços emocionais fortes e coesos com o bebé, minimizando o risco de afastamento emocional, mediante uma separação.

No que toca à variável Planeamento da gravidez, não foram encontradas diferenças significativas relativamente à qualidade do *Bonding*. Tal poderá também estar relacionado com a baixa dimensão da amostra e pouca heterogeneidade nos grupos de resposta (Gravidez não

planeada, Planeada por ambos, Planeada só pela Mãe ou planeada só pelo Pai), sendo que nenhum dos pais afirmou que a gravidez tinha sido planeada apenas por ele próprio, apenas um afirmou ter sido planeada só pela mãe e a maioria revelou ter sido planeada por ambos. Contudo, embora não possa ser considerado significativo, os pais cuja gravidez foi planeada por ambos os membros do casal apresentaram maior qualidade de *Bonding*, comparativamente aos restantes, o que vai ao encontro do esperado, na medida em que uma gravidez planeada inicia-se primeiramente no pensamento e só depois no útero, logo há uma maior preparação para encarnar o papel de pai, aliado a um maior desejo de o ser (Sá, 2003; Martins, 2008).

Quanto à variável Idade, verificou-se a presença de uma correlação positiva significativa, indicando que pais com mais idade apresentam maiores dificuldades no *Bonding* que pais mais novos, cuja ligação emocional ao bebé é de maior qualidade. Face a esta questão a literatura ainda não encontrou consensos, havendo necessidade de mais investigações para colmatar esta lacuna. Contudo segundo Letourneau et al. (2011) os pais mais velhos apresentam-se menos predispostos a investir numa ligação emocional ao bebé adequada, sendo menos pacientes, logo menos interativos e conseqüentemente menos responsivos, o que vai ao encontro dos resultados do presente estudo.

Por último, quanto à variável Habilitações, constatou-se que não existe nenhuma correlação significativa com o *Bonding*. Tal poderá dever-se à baixa dimensão e pouca heterogeneidade da amostra, já que a maioria dos pais eram licenciados e seguidamente tinham o ensino secundário, havendo poucos participantes incluídos nas outras classificações (Ensino Básico, Mestrado e Doutoramento). Até à data não foi encontrado nenhum estudo que cruzasse o *Bonding* e as habilitações em homens, pelo que não há sustentação teórica que permita estabelecer uma comparação com os resultados obtidos no presente estudo.

Relativamente à **Questão de Investigação IV**, pretendeu-se cruzar a variável Depressão Pós-parto com as variáveis sociodemográficas consideradas de relevo, de modo a analisar se estas poderiam contribuir ou não para o aumento da sintomatologia depressiva. Assim sendo, no que toca à variável Sexo do bebé não se verificaram diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino relativamente ao aumento da sintomatologia depressiva. Contudo, embora não sendo significativo, constatou-se que os pais de bebés do sexo feminino têm tendência a experienciar menor sintomatologia depressiva no pós-parto. O que mais uma vez, tal como foi referido para a questão de investigação III, poderá relacionar-se com o facto de um bebé do sexo feminino, não entrar *à priori* em competição com o lugar do pai. É importante anunciar que, no grupo de participantes considerados deprimidos, a maioria eram pais de bebés do sexo masculino. Contudo, segundo os resultados do presente estudo, o sexo do bebé parece não ser

preponderante para o aumento da sintomatologia depressiva, havendo outros fatores a explicarem de forma mais significativa a emergência de Depressão Pós-parto. Este resultado não vai ao encontro dos estudos de Schwenger & Piccinini (2003) e Melrose (2010) que referem que os homens apresentam níveis de sintomatologia depressiva superior face a bebés do sexo masculino.

No que toca à variável Primogénito vs. Filho seguinte, foram encontradas diferenças significativas, sendo que os pais primíparos apresentam menores níveis de sintomatologia depressiva face aos pais com mais filhos. Tal não vai ao encontro do referido na literatura, que aponta os pais primíparos como de risco, já que se estão a deparar com a paternidade e todas as mudanças que ela exige pela primeira vez (Tohotoa et al., 2012). Pode-se colocar como hipótese que o pai apresente um aumento da sintomatologia depressiva devido à sobrecarga de tarefas, na medida em que, para além da vinda de um recém-nascido e todas as exigências que acarreta, tem mais filhos a quem tem de dar resposta. A sua responsabilização e participação ativa vão aumentar ainda mais o que poderá originar aumento da depressão. Também se pode extrapolar, a nível económico, que o pai se preocupe em não conseguir sustentar as despesas do agregado familiar que aumentou, colocando-se em causa como provedor económico, facto a que esteve associado durante muitas décadas (Leal, 2005). Por último coloca-se a hipótese de o aumento de sintomatologia depressiva poder advir de ter de dividir o seu amor e atenção por mais do que um filho e sentir-se incapaz de fazer. Torna-se curioso verificar que no grupo de participantes com Depressão Pós-parto, a maioria afirmou já ter mais filhos.

Quanto à variável Estado civil foram também encontradas diferenças significativas, sendo que os pais casados apresentaram maiores níveis de sintomatologia depressiva face aos pais solteiros. Este resultado foi também verificado por Magano (2008) numa amostra de homens portugueses duas semanas após o parto. É pertinente referir que no presente estudos, todos os pais considerados deprimidos eram casados, logo parece haver de facto uma relação entre o aumento da sintomatologia depressiva e o casamento. Contudo, a amostra mostrou-se pouco heterogénea, já que não foram observados casos de pais solteiros no grupo de participantes com Depressão Pós-parto. Poderá extrapolar-se até que ponto o casamento, podendo ser encarado como um aumento de responsabilidade face ao estar solteiro, poderá levar ao aumento da sintomatologia depressiva no seguimento do nascimento de um filho, aonde o pai passa a deparar-se com o aumento da responsabilização e com os estigmas e pré-conceitos da sociedade, tendo de “vestir” para além do papel de marido o papel de pai. Esta hipótese foi colocada com base em diversos autores que referem que uma das causas da emergência de Depressão Pós-parto

Masculina é o aumento das responsabilidades e receio de não conseguir dar respostas adequadas às novas exigências (Leal, 2005; Ramchandani et al., 2011; Tavares, 2011).

Relativamente à variável Planeamento da gravidez não foram encontradas diferenças significativas, o que pode ser explicado, tal como na questão de investigação III pela baixa dimensão da amostra e pouca heterogeneidade nos grupos de resposta. Este resultado vai contra o verificado no estudo de Magano (2008) onde o não planeamento da gravidez influenciou o aumento da Depressão Pós-parto. É de relevo afirmar que só um participante afirmou que a gravidez tinha sido planeada apenas pela mãe, correspondendo a um pai classificado como deprimido. No entanto, mesmo no grupo dos pais com Depressão Pós-parto, a maioria afirmou que a gravidez foi planeada por ambos. Poderá especular-se que, mesmo nos casos em que a gravidez não foi planeada, tenha acabado por ser desejada por ambos, e consequentemente tenha sido feita uma boa adaptação à paternidade.

A análise da variável Idade demonstra ausência de correlação significativa, ou seja a sintomatologia depressiva não parece ser influenciada pela idade, o que vai ao encontro do estudo de Magano (2008). Contrariamente, Bielawska-Batorowiaz & Kossakowska-Petrycka (2006), Berg et al. (2009) e Nishimura & Ohashi (2010) defendem que a paternidade acima dos 30 anos pode ser encarada como um fator de risco para a emergência de Depressão Pós-parto. Há que ter em conta que a maioria dos participantes se situava no intervalo de idades 30-39 anos, pelo que, um resultado não significativo pode estar relacionado com pouca heterogeneidade de idades na presente amostra.

Por último, quanto à variável Habilitações, não foi encontrada nenhuma correlação significativa, o que mais uma vez pode ser explicado pela baixa dimensão da amostra e pouca heterogeneidade, tal como referido na questão de investigação III, já que a maioria dos participantes era licenciada. Segundo Sousa (2012) num estudo levado a cabo com mulheres puérperas, quanto maior a diferenciação académica, mais intensa a sintomatologia depressiva, mas este efeito parece não se verificar na população masculina. Até à data não foi encontrado nenhum estudo que cruzasse estas variáveis para a população masculina, pelo que o referido resultado não tem suporte literário para comparação (Habib, 2012; Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2012).

Após a análise dos resultados obtidos conclui-se que o cruzamento das variáveis sociodemográficas com a variável Depressão Pós-parto obteve resultados semelhantes ao cruzamento das mesmas variáveis com a variável *Bonding*. Perante estes dados poderá colocar-se a hipótese de que a sintomatologia depressiva no pós-parto e o *Bonding* pai-bebé estão relacionados na população masculina, e que as variáveis sociodemográficas em questão (Sexo do bebé; Primogénito vs. Filho seguinte; Idade do pai; Estado Civil; Habilitações e Planeamento da

Gravidez) exercem uma influência semelhante sobre ambos os constructos. Contudo são ainda necessárias mais investigações sobre esta temática para que se possa de facto confirmar ou não a referida hipótese.

Segundo a hipótese relativa ao comportamento do pai no pós-parto, apresentada na figura 1, pode-se então colocar-se a questão de que para a presente amostra, os pais com Depressão Pós-parto, apresentaram dificuldades na transição para a paternidade, derivada a dificuldade em adaptarem-se às mudanças identitárias, conjugais, familiares e sociais típicas do período pós-parto (Bayle, 2005). Visto que foram excluídos da amostra os fatores considerados pela literatura como sendo de risco para o surgimento de psicopatologia puerperal, poderá extrapolar-se que os casos existentes de depressão estejam relacionados com dinâmicas mais inconscientes, como seja o reativar da sua experiência de filho (Canavarro & Pedrosa, 2005), e questões do foro identitário e psicológico. Pode ter-se ainda observado a falha dos mecanismos de *coping*, levando à diminuição da capacidade de resiliência para lidar com a mudança, experienciada como desestruturante (Canavarro & Pedrosa, 2005; Magano, 2008). Perante a emergência de sintomatologia depressiva, os pais parecem ficar menos sensíveis e responsivos na relação com o bebé, levando à diminuição da qualidade do *bonding* pai-bebé, já que o bebé passa a ser experienciado de forma mais negativa e a reação paterna ao mesmo, encarada como mais patológica (Edborgh et al., 2005). Contrariamente, os pais que não apresentaram sintomatologia depressiva, parecem ter realizado uma adaptação à paternidade mais adequada, mantendo o equilíbrio psicológico e harmonia, imprescindível para a qualidade do *Bonding* pai-bebé, já que o pai se encontra mais disponível emocionalmente para se ligar com o bebé, mostrando-se mais compreensivo, sensível e responsivo (Bayle, 2005; Brandão, 2009). Contudo há que sublinhar que, no processo de transição para a paternidade, existem inúmeros fatores a influenciar o “sucesso ou insucesso” da transição, para além da psicopatologia puerperal, pelo que estes dados não podem ser generalizados (Brandão, 2009).

Por último deve ser mencionado que, no presente estudo, as pontuações obtidas no Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento foram muito baixas, o que vai ao encontro dos estudos realizados para a população portuguesa (Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2012) mesmo nos casos de Depressão Pós-parto. O que mais uma vez vem enfatizar o facto da qualidade do *Bonding* poder ser influenciada por mais fatores. No entanto, ainda que baixas, as pontuações dos participantes com Depressão Pós-parto foram ligeiramente mais elevadas, indicando uma reação ao bebé mais patológica. O que vem confirmar a associação entre sintomatologia depressiva e menor qualidade do *Bonding* pai-bebé. Também na *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, as pontuações obtidas foram relativamente baixas, mesmo nos casos de

Depressão, sendo sempre muito próximos do ponto de corte da escala. Estes dados podem ser explicados por diversos motivos, e.g. efeito de desajustabilidade social, baixa dimensão da amostra, ineficácia dos instrumentos para a presente população, entre outros.

Concluindo, Levy-Shiff (1994, cit. Por Brandão, 2009) refere que o comportamento do pai no pós-parto é multifacetado e multideterminado, levando a que nenhuma variável por si só exerça uma influência predominante sobre a outra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como intuito principal compreender qual a incidência de Depressão Pós-parto Masculina, e de que forma esta psicopatologia se relaciona com o *Bonding* pai-bebé, numa amostra de homens portugueses. Revelou-se ainda pertinente analisar o cruzamento das variáveis Depressão Pós-parto e *Bonding* com as variáveis sociodemográficas consideradas de relevo. Conclui-se assim que na presente amostra encontram-se casos de Depressão Pós-parto Masculina, ainda que num rácio desproporcional já que foram muito poucos os participantes classificados como estando deprimidos. Relativamente à relação entre sintomatologia depressiva no pós-parto e *Bonding*, apesar de a depressão influenciar negativamente a qualidade do *Bonding*, verificando-se que perante o aumento da sintomatologia depressiva, há uma diminuição da qualidade do *Bonding*, esta relação não é significativa, havendo mais fatores a influenciar o *Bonding* para além da Depressão pós-parto. Verificou-se também que algumas variáveis sociodemográficas estão associadas de forma significativa ao aumento da sintomatologia depressiva, como seja o estar casado, indo ao encontro do estudo de Magano (2008) e o ter já mais filhos, que não vai ao encontro do verificado no estudo de Tohotoa et al. (2012), onde se defende que os pais primíparos apresentam maior risco ao surgimento de sintomas de Depressão Pós-parto. Do mesmo modo, algumas variáveis influenciam negativamente a qualidade do *Bonding* : Bebés do sexo masculino, o que vai ao encontro do defendido por Schwenger & Piccinini (2003) e Melrose (2010); estar casado, que converge com o descrito por Figueiredo (2005) e o aumento da idade do pai, que vai ao encontro do estudo de Letourneau et al. (2011).

De facto a Depressão Pós-parto Masculina é uma psicopatologia multicausal e com consequências a diferentes níveis (Edborhg et al., 2005), sendo necessários mais estudos que englobem outras variáveis para que se continue a alargar o conhecimento nesta área. Relativamente ao *Bonding* Pai-bebé, também este processo parece sofrer influências várias.

Apesar de já se começar a notar o aumento da literatura sobre o homem no pós-parto, as investigações são ainda insuficientes para generalizar dados, havendo inúmeras lacunas para preencher. Considera-se então que este estudo é um pequeno contributo para o aumento do conhecimento em termos teóricos, já que até à data não foi encontrado nenhum estudo com estas variáveis e para o género masculino em Portugal.

Em termos de implicações práticas, o estudo poderá ter um efeito preventivo e facilitador do diagnóstico, já que alerta e dá a conhecer possíveis causas e fatores de risco, tal como consequências para o próprio pai e para o bebé, inserindo-se no modelo da Psicologia da Saúde, cujo foco é a promoção da saúde e prevenção da doença (Ogden, 2004). Em termos literários

foram ainda apresentadas sugestões de prevenção e tratamento, implementadas em outros países cujos resultados parecem ser satisfatórios, pelo que seria proveitoso a aplicação prática em Portugal. Foram também testadas relações entre variáveis que não o tinham sido feitas até à data, o que, apesar dos dados não poderem ser extrapolados leva ao aumento do conhecimento teórico referente a esta temática.

Note-se então a importância emergente de agir sobre os pais no ciclo gravídico-puerperal, evitando o surgimento de patologias associadas que poderão ser comprometedoras, não só da saúde psicológica do próprio como do desenvolvimento psíquico, afetivo e social do bebé, tendo efeitos a curto e longo prazo. (Earls, 2010). Há que procurar consciencializar, sensibilizar e dotar de conhecimento os profissionais de saúde acerca desta problemática, que muitos ainda conhecem pouco. É necessário aumentar os meios de prevenção, de diagnóstico e de tratamento, tornando-os acessível a qualquer pai que os procure. Por último parece fulcral procurar diminuir o estigma e pré-conceito criado pela sociedade de que o homem não desenvolve problemáticas psicológicas associadas à gravidez e pós-parto, notando-se ainda um constrangimento por parte dos pais em falar sobre os seus sentimentos e medos, em admitir que estão doentes e em procurar ajuda (Habib, 2012).

Limitações ao Presente Estudo

Como limitações ao presente estudo, em primeiro lugar conclui-se que a baixa dimensão da amostra levou a que os dados não pudessem ser generalizados para a população portuguesa masculina. Também o facto da amostra se apresentar pouco heterogénea levou a que os resultados fossem pouco conclusivos para algumas variáveis, principalmente no que toca à diferença entre a amostra clínica (participantes classificados com Depressão Pós-parto) e à amostra comunitária (participantes sem Depressão Pós-parto). Este facto acabou também por limitar também a análise quantitativa dos dados. Ainda que a título de curiosidade há que referir que 2013 foi o ano em que nasceram menos bebés das últimas décadas, o que se refletiu também na dificuldade em obter um número significativo de participantes (Levy, 2013).

Quanto aos instrumentos utilizados, verificou-se que embora sejam considerados à luz da literatura os mais indicados para a avaliação da Depressão Pós-parto e do *Bonding*, para a presente amostra revelaram-se pouco eficazes. Tal avalia-se nomeadamente através dos valores relativamente baixos de consistência interna. É importante referir que no Questionário de Ligação ao Bebé Após o Nascimento, os participantes tenderam a escolher as opções de respostas extremadas, o que leva a que haja pouca variância nas respostas. Também se verificaram scores totais muito baixos, o que não significa que a qualidade do *Bonding* seja sempre boa, mas sim que o instrumento pode não estar a medir a variável da melhor forma. Estes dados

foram verificados também no estudo de Nazaré, Fonseca e Canavarro (2012). No que toca à versão portuguesa da *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, mais uma vez foram encontrados resultados médios muito baixos, o que poderá relacionar-se com o facto de ter sido uma escala construída na sua origem para a população feminina, e consequentemente não discriminar tão bem os sintomas depressivos para a população masculina (Melrose, 2010). É de referir ainda os problemas relativos à própria construção dos instrumentos, nomeadamente o facto de ambos terem escalas de respostas com um número par, sendo que o desejável é ser ímpar, não permitindo que o participante se situe num ponto médio, acabando a sua resposta por ser sempre extremada numa ou noutra direção.

Relativamente às condições de recolha, o facto de ser uma amostra por conveniência inviabiliza mais uma vez a generalização dos dados, uma vez que nem todos os sujeitos têm igual possibilidade de participação. É de acrescentar que o local da recolha pode ter contribuído para o efeito de desabilidade social e retraimento dos participantes, já que a maioria respondeu aos instrumentos na presença da companheira e do bebé. Deve ainda referir-se a grande dificuldade em contactar com os pais, já que a maioria das vezes apenas a mãe vinha à consulta, ou acompanhada com a avó. Tal verificou-se sobretudo nos Sistema Público de Saúde, o que atrasou o processo de recolha não permitindo atingir um número satisfatório de participantes.

Quanto à escolha das variáveis a analisar, é importante mencionar que tanto a Depressão Pós-parto como o *Bonding* podem ser influenciados por diversas variáveis que não foram tidas em conta no presente estudo, e.g. suporte social, tipo de parto, cultura e etnia, entre outras, já que ambos os constructos são considerados distúrbios multiforiais (Leigh & Milgrom, 2008).

É importante mencionar ainda que, devido a ser um estudo exploratório com carácter inovador, não foram encontrados estudos até à data que permitissem fazer uma análise comparativa relativamente a algumas das variáveis estudadas.

Por último, aborda-se o efeito da desabilidade social, muito presente neste estudo, que embora fosse expectável, condicionou o alcance de resultados mais verdadeiros. Tal verificou-se em vários estudos levados a cabo por diferentes autores dentro desta temática (Magano, 2008; Brandão, 2009; Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2012).

Sugestões para Investigações Futuras

Encontradas várias limitações ao presente estudo, considera-se pertinente enumerar algumas sugestões para investigações futuras. Assim sendo sugere-se o aumento da amostra e com método de amostragem aleatório, podendo eventualmente ser feita uma generalização dos resultados. De igual modo a amostra deverá ser mais heterogénea, tal como deverá haver um equilíbrio entre amostra clínica e comunitária para que possa ser realizada a

análise das diferenças entre grupos. Poderá ser útil também a realização de um estudo longitudinal que possa comparar para a mesma população diferentes momentos, e.g. último trimestre da gravidez, 12 semanas pós-parto e 6 meses pós-parto. Considera-se pertinente a construção de escalas de medidas que avaliem estes constructos para a população masculina, sendo que até ao momento não foi construído nenhum instrumento somente para homens, o que podia solucionar alguns problemas encontrados, tornando os resultados mais viáveis (Figueiredo, 2005, cit. Por Brandão, 2009). Quanto ao local de recolha de dados, deverá criar-se um setting mais adequado, procurando diminuir as vieses que acabaram por surgir no presente estudo, e ainda reduzir o efeito de deseabilidade social. Seria igualmente importante a construção de itens de controlo, o que levaria à diminuição de respostas aleatórias.

Em último lugar parece pertinente a inclusão em estudos futuros de outras variáveis que poderão ter influência sobre os resultados, e.g. estudo comparativo entre pais e mães com Depressão Pós-parto e respetiva ligação emocional ao bebé; análise da perceção do comportamento do bebé em pais deprimidos; análise da qualidade da relação conjugal em pais deprimidos, entre outras. Permitindo, deste modo, que se vá alargando o conhecimento já que ao tratarem-se de constructos multifatoriais são ainda necessárias muitas investigações para colmatar as lacunas existentes. Poderia ainda ser benéfico a elaboração de uma análise qualitativa, como complemento à análise quantitativa (Ribeiro, 2008).

Em jeito de conclusão, como a Depressão Pós-parto nos homens é pouco estudada há ainda necessidade de dar respostas a muitas questões que podem influenciar o surgimento da patologia, havendo inúmeras lacunas quer a nível teórico quer a nível prático (Kim & Swain, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 317-347). Lisboa: Climepsi.
- Berg, M., Ende, J., Crijnen, A., Jaddoe, V., Moll, H., Mackenbach, J., Hofman, A., Hengeveld, M., Tiemeier, H. & Verhulst, F. (2009). Paternal Depressive Symptoms During Pregnancy Are Related to Excessive Infant Crying. *Pediatrics*, 124, 96.
- Bielawska-Batorowicz, E. & Kossakowska-Petricka, K. (2006). Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, fathers' personality and prenatal expectations. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, 1, 21-29;
- Borsa, J., & Nunes, M. (29 de março de 2011). Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. 29.
- Brandão, S. (2009). ENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO PAI COM O BEBÉ: IMPACTO DA EXPERIÊNCIA DE PARTO . Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Brenner, C. (1987). *Noções básicas de psicanálise*. (A. M. Spira, Trad.) Rio de Janeiro: Imago.
- Brockington, F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., & Murdoch, C. (2001). A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archive Womens Mental Health*, 3, pp. 133-140.
- Brockington, I., Fraser, C., & Wilson, D. (4 de maio de 2006). Original contribution The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archive Womens Menatl Health*, 9, pp. 233-242.
- Bronte-Tinkew, J., Burkhauser, M., & Metz, A. (2012). Elements of Promising Practices in Fatherhood Programs: Evidence-based Research Findings on Interventions for father. *Fathering*, 10, pp. 6-30.
- Canavarro, C., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a Parentalidade Compreensão segundo diferentes Perspetivas Teóricas . In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Chin, R., Hallb, P., & Daichesa, A. (fevereiro de 2011). Father's experiences of their transition to fatherhood: a metasyntesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29. UK.
- Cia, F., Williams, L., & Aiello, A. (2005). Influências Paternas no Desenvolvimento Infantil: Revisão da Literatura Relacionamento Pai-Filho. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9, pp. 225-233.
- Clay, E., & Seehusen, M. (2004). A Review of Postpartum Depression for the Primary Care Physician. *Southern Medical Journal*, 157-161.

- Costa, B., Figueiredo, A., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 2, 159-187;
- Coutinho, M. P. L. & Saraiva, E. R. A. (2008). Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 8,3;
- Cowan, P., Cowan, C., & Kno, V. (2010). Marriage and Fatherhood Programs. 20.
- Davé, S., Nazareth, I., Sherr, L., & Senior, R. (2005). The association of paternal mood and infant temperament: A pilot study. *British Journal of Developmental Psychology*, 609-621.
- Davey, S., Dziurawiec, S. & O'Brien-Malone (2006). Men's Voices: Postnatal Depression From the Perspective of Male Partners. *Qualitative Health Research*, 16, 2, 206-220.
- Earls, M. F. (2010). *Pediatrics*. 126, 1033-1039.
- Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Lundh, W., & Widström, A.-M. (20 de setembro de 2005). Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum - a study of new mothers and fathers. Suécia.
- Escribá-Aguir, V., & Artazcoz, L. (2001). Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *Journal Epidemiologic Community Health*, 65, 320-326.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J., Kuint, J., & Eidelman, A. (1999). The Nature of the Mother's Tie to Her Infant: Maternal Bonding Under Conditions of Proximity, Separations, and Potential Loss. 40.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. (pp. 161-187) Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, B. (2005). Bonding Pais-Bebé. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 287-317). Lisboa: Fim de Século.
- Figueiredo, B., & Conde, A. (24 de março de 2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archive Womens Mental Health*.
- Fletcher, R., Matthey, S. & Marley, C. (2006). Addressing depression and anxiety among new fathers. *MJA*, 185, 461-463.
- Gomez, R. (2005). O Pai. Paternidade em Transição. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 257-287). Lisboa: Fim de Século.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação - conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Habib, C. (2012). Paternal Perinatal Depression: An Overview and Suggestions Towards an Intervention Model. *Journal of Family Studies*, 4-16.
- Higuti, P. C. L., Capocci, P. O. (2003). Depressão pós-parto. Universidade de Santo Amaro: *Revista Enfermagem UNISA*, 4, 46-50.

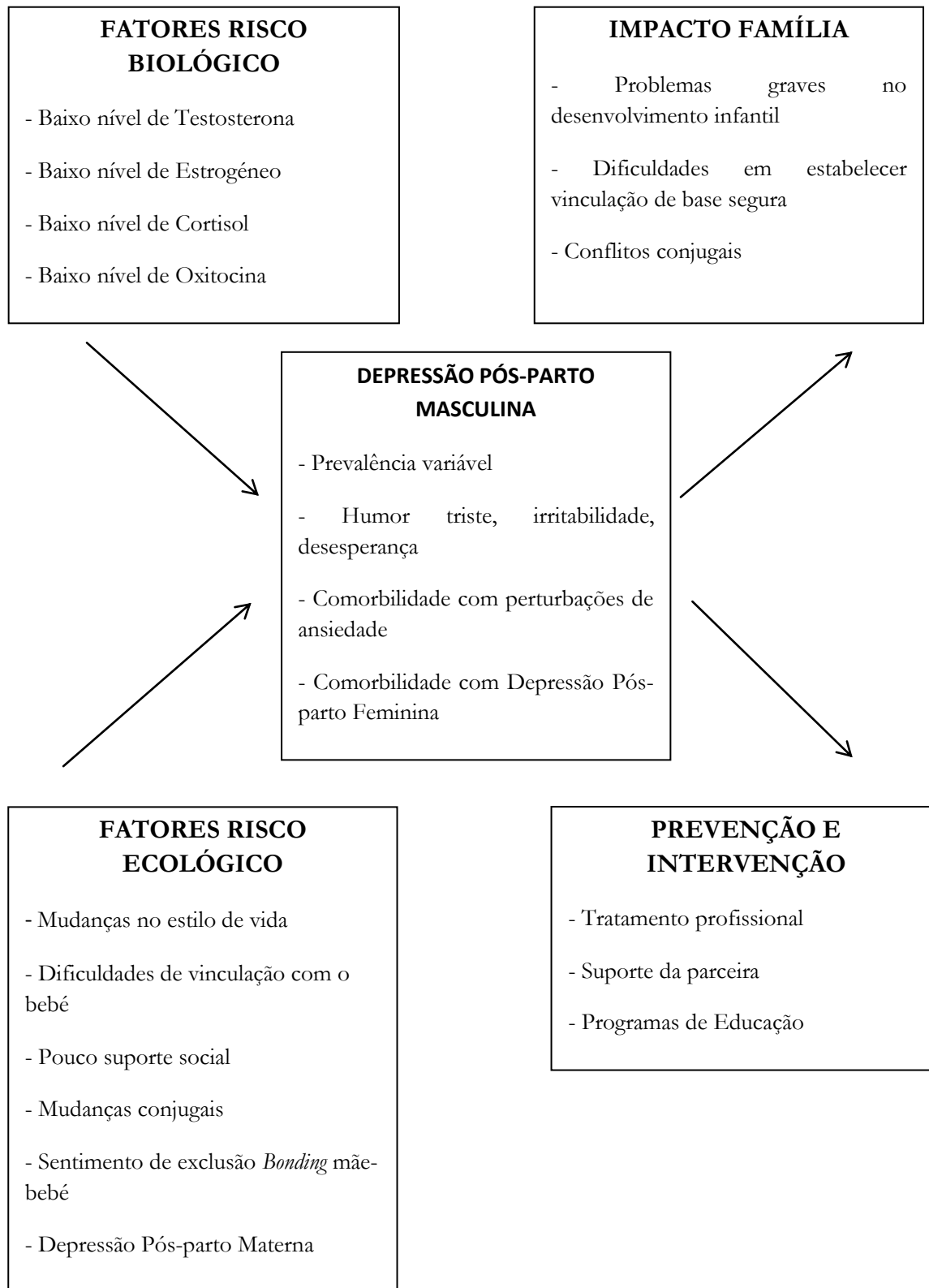
- Kammerer, M., Marks, M. N., Pinard, C., Taylor, A., von Castelberg, B., Künzli, H., & Glover, V. (2009). Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. *Arch Womens Ment Health*, 12, 135-141.
- Kim, P., & Swain, J. E. (fevereiro de 2007). Sad Dads. Nova Iorque, Estados Unidos da América.
- Leal, I. (2005). Da Psicologia da Gravidez à Psicologia da Parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 9-19). Lisboa: Fim de Século.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (16 de abril de 2008). Research article Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8. Austrália.
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Dennis, L., Stewart, M. & Tryphonopoulos, D. (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 41–47.
- Levy, P. (10 de 9 de 2013). (M. Soares, Entrevistador)
- Magano, A. (2008). A Depressão Pós-Natal no Homem. *Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Saúde Pública*. Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. (F. Fonseca, & R. Rocha, Trans.) Lisboa: Climepsi.
- Martins, C., Siqueira, K., Tyrrell, M., Barbosa, M., Carvalho, S., & Santos, L. (2008). Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 10. Brasil.
- Matias, M., Silva, A., & Fontaine, A. (2011). Conciliação de papéis e parentalidade: efeitos de género e estatuto parental. *Centro de Psicologia Diferencial*. Universidade do Porto, Porto, Portugal: Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena* (Vol. 26). (M. Romão, Trad.) Lisboa: Climepsi.
- Melrose, S. (2010). Paternal postpartum depression: How can nurses begin to help?. *Contemporary Nurse*, 34, 2, 199-210.
- Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R. & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista Saúde pública*, 40, 1, 65-70.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T., Pedersen, B. M., Mors, O. & Mortensen, P. (2006). New Parents and Mental Disorders: A Population-Based Register Study. *JAMA*, 296, 1.
- Murta, S., Rodrigues, A., Rosa, I., Paulo, S., & Furtado, K. (julho de 2001). Necessidades para a implementação de um programa de transição para a parentalidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27, pp. 337-346.
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, C. (2012). Avaliação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). *Laboratório de Psicologia*, 10, pp. 47-61.

- Nishimura, A. & Ohashi, K. (2010). Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nursing and Health Sciences*, 12, 170-176.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Palmeira, J. d. (2012). As percepções de Pais pela primeira vez na transição para a paternidade. São Paulo, Brasil: Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem.
- Parfitt, Y., & Ayers, S. (2009). The effect of postnatal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27, pp. 127-142.
- Perry, B. D. (2001). *Bonding and Attachment in Maltreated Children*. New York.
- Ramchandani, P., Psychogios, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E. & Lodder, A. (2011). Paternal Depression: An examination of its links with a father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, 28, 471-477.
- Reis, N. (2003). De Feto a Bebê. In E. Sá, *Psicologia do Feto e do Bebê* (pp. 15-32). Lisboa: Fim de Século.
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde*. Quarteto.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Livpsic: Porto.
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Filho, A. C., Zandonade, E., & Lima, V. J. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 3, 274-280.
- Sá, E. (2003). *Psicologia do Feto e do Bebê*. Lisboa: Fim de Século.
- Salonen, A., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Jarvenpa, A., Isoaho, H., & Tarkk, M. (2010). Parenting satisfaction during the immediate postpartum period: factors contributing to mother's and father's perceptions. *Early Parenting and Intrapartal Care*, 19, pp. 1716-1728.
- Schwengber, D. D. S., Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Estudos de Psicologia*, 8, 3, 403-411.
- Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M., & Müller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10, 1, 61-68.
- Silva, E. T. & Botti, N. C. L. (2005). Depressão puerperal – Uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7, 2, 231 – 238 pesquisado on-line dia 18 de abril de 2012.
- Staudt, A., & Wagner, A. (20 de dezembro de 2008). Paternidade em tempos de mudança. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10, pp. 174-185.
- Tavares, S. (fevereiro de 2011). Revisão sistemática: Relação entre depressão pós-parto, conjugalidade e locus de controle. *Monografia apresentada como exigência parcial do curso de especialização em terapia cognitiva comportamental*. Instituto de psicologia, Porto Alegre, Brasil.
- Thomas, J., Bone'r, A., & Hildingsson, I. (2011). Fathering in the first few months. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25. Escandinávia.

- Tohotoa, J., Maycock, B., Lhauck, Y., Dhaliwall, S., Howat, P., Burns, S. & Binns, W. (2012). Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety? A repeated measures cohort study using the hospital anxiety and depression scale. *Pregnancy and Childbirth*, 12, 75.
- Treppner, P. (2001). *Depressões – Como Diagnosticar e Tratar* -. Lisboa: Editorial Presença.
- Zing, D., Phillips, S., & Born, L. (2005). Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, pp. 56-64.

ANEXOS

Anexo I – Síntese Depressão Pós-parto Masculina (Kim & Swain, 2007)



Anexo II - Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

- Local de Preenchimento:

- Data preenchimento:

- Idade do bebé (em semanas):

- Sexo do bebé:

Feminino

Masculino

- É o primeiro filho?

Sim

Não

- Se a sua resposta anterior foi NÃO, por favor indique (relativamente aos restantes filhos):

Número total de filhos:

Idades:

Sexo:

As questões que se seguem são referentes apenas ao PAI

- Idade:

- Habilitações:

- Profissão:

- Estado civil:

As questões que se seguem são referentes à Gravidez e Parto

- Tempo de Gestação (em semanas):

- Data do parto:

- Tipo de parto:

- A gravidez foi planeada?

Sim, pela Mãe

Sim, pelo Pai

Sim, por ambos

Não

Edinburgh Postnatal Depression Scale – Versão adaptada à população portuguesa

Como teve um bebé recentemente, gostaria de saber como se sente. Por favor assinale com uma cruz a opção que melhor se adequa ao que tem sentido nos últimos 7 dias. Não há respostas certas nem erradas.

1.Tenho sido capaz de me rir e achar graça às coisas:

Tanto como dantes

Menos do que antes

Muito menos do que antes

Nunca

2.Tenho tido esperança no futuro:

Tanta como sempre tive

Bastante menos do que costumava ter

Muito menos do que costumava ter

Quase nenhuma

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

Sim, a maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Raramente

Não, nunca

4. Tenho estado ansioso ou preocupado sem motivo:

Não, nunca

Quase nunca

Sim, por vezes

Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo, ou muito assustado, sem grande motivo:

Sim, muitas vezes

Sim, por vezes

Não, raramente

Não, nunca

6. Eu tenho-me sentido sobrecarregado pelas tarefas quotidianas:

Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las

Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes

Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

Não, resolvo-as tão bem como dantes

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

Sim, quase sempre

Sim, por vezes

Raramente

Nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz:

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Só às vezes

Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro:

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Só às vezes

Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesmo:

Sim, muitas vezes

Por vezes

Muito raramente

Nunca

Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento (PBQ-12 itens)

Indique, por favor, com que frequência cada uma das afirmações se aplica a si. Não há respostas certas nem erradas. Escolha a opção que mais se aproxima da sua experiência recente.

	Nunca	Poucas vezes	Algum as vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	Sempre
Sinto-me próximo do meu bebê						
Gostaria de regressar à altura em que ainda não tinha este bebê						
Este bebê não parece ser meu						
O meu bebê enerva-me						
Amo loucamente o meu bebê						
Sinto-me feliz quando o meu bebê sorri ou se ri						
O meu bebê enfurece-me						
O meu bebê chora demasiado						
Sinto-me encurralado com pai						
Sinto rancor do meu bebê						
O meu bebê é o bebê mais bonito do Mundo						
Gostaria que o meu bebê desaparecesse de alguma forma						

Anexo III – Cartas de Consentimento Informado

**Exma. Senhora Diretora Executiva
do ACES Lisboa Norte**

Venho, por este meio, solicitar a sua autorização para a realização de um estudo de investigação em utentes deste ACES, no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, no ISPA-IU, sob orientação do Professor Doutor Eduardo Sá.

Pretendo abordar o comportamento parental no pós-parto, numa amostra de homens portugueses, no que se refere à existência, ou não, de Depressão Pós-parto, e como esta poderá afetar a ligação emocional estabelecida com o bebé. Para a validade deste estudo torna-se necessário dispor de uma amostra mínima de trinta pais, com idade superior a 18 anos, cujos filhos, no momento da aplicação dos questionários, tenham entre uma e doze semanas de vida. Serão ainda tidos em conta alguns fatores de exclusão da amostra, relacionados com o maior risco para o surgimento de problemáticas no pós-parto.

Para melhor operacionalização do estudo, é desejável que a aplicação dos instrumentos, individuais e de auto-resposta (*Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgo*; Questionário de Ligação ao Bebé Após o Nascimento; *Questionário Sócio-demográfico*), seja efetuada preferencialmente, no decurso da consulta de saúde infantil ou nos períodos que a antecedem ou se lhe seguem. O tempo de respostas será breve, prevendo-se que não ultrapasse os dez minutos.

Por ter sido o local onde realizei o meu estágio, e cujos profissionais conheço melhor, ser-me-ia mais fácil dispor da autorização de V. Exa. para proceder à seleção da amostra no Centro de Saúde do Lumiar (USF e UCSP). Contudo, caso não conseguisse obter os dados de que necessito em tempo útil pretendia obter, desde já, o consentimento de V. Exa. para alargar a outras unidades do ACES Lisboa-Norte o recrutamento dos elementos necessários, até perfazer o número de respostas pretendido.

Todos os dados obtidos serão confidenciais e utilizados apenas para fins académicos, e a participação de profissionais do ACES no estudo será voluntária.

Agradecendo, desde já, a atenção disponibilizada, encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do correio eletrónico: marianaestrelasoares@gmail.com e/ou do contato móvel: 912271910.

Esperando diferimento,

Mariana C. P. Estrela Soares

Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica

Lisboa, 1 de março de 2013

Exmo. Senhor Coordenador do Serviço de Pediatria

Do Hospital dos Lusíadas

Venho, por este meio, solicitar a sua autorização para a realização de um estudo de investigação em utentes deste Hospital, no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, no ISPA-IU, sob orientação do Professor Doutor Eduardo Sá.

Pretendo abordar o comportamento parental no pós-parto, numa amostra de homens portugueses, no que se refere à existência, ou não, de psicopatologia puerperal, e como esta poderá afetar a ligação emocional estabelecida com o bebé. Para a validade deste estudo torna-se necessário dispor de uma amostra mínima de trinta pais, com idade igual ou superior a 18 anos, cujos filhos, no momento da aplicação dos questionários, tenham entre uma e doze semanas de vida. Serão ainda tidos em conta alguns fatores de exclusão da amostra, relacionados com o maior risco para o surgimento de problemáticas no pós-parto.

Para melhor operacionalização do estudo, é desejável que a aplicação dos instrumentos, individuais e de auto-resposta (*Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo*; *PBQ – Escala de Ligação ao Bebé Após o Nascimento* ; *Questionário Sócio-demográfico*) seja efetuada, preferencialmente, no decurso da consulta de pediatria ou nos períodos que a antecedem ou se lhe seguem.

A resposta à aplicação dos quatro instrumentos será breve, prevendo-se que não ultrapasse os dez minutos.

Por ser um local onde frequentemente o pai acompanha o bebé às consultas de pediatria, peço a autorização de V. Exa. para recolher alguns dados (até 10 sujeitos) no Serviço de Pediatria até ao dia 15 de outubro de 2013 (inclusive).

Todos os dados obtidos serão confidenciais e utilizados apenas para fins académicos, tal como a eventual participação de profissionais do Hospital dos Lusíadas será voluntária.

Agradecendo, desde já, a atenção disponibilizada, encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do correio eletrónico: marianaestrelasoares@gmail.com e/ou do contacto telefónico: 912271910.

Esperando diferimento,

Mariana C. P. Estrela Soares

Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica

Lisboa, 2 de setembro de 2013

Exmo. Sr.º:

Venho por este meio solicitar a sua participação no estudo que estou a realizar, no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, no ISPA-IU, sob orientação do Professor Doutor Eduardo Sá.

O estudo tem como intuito a análise do comportamento parental no pós-parto em homens portugueses. É então pedida a sua colaboração para responder a quatro questionários, individuais e de auto-resposta, relativos a esta temática, com duração total de 10 minutos, aproximadamente.

Todos os dados recolhidos serão confidenciais, tal como a sua participação será voluntária e não remunerada, podendo desistir a qualquer momento da investigação sem consequências. Todas as questões que tiver podem ser colocadas durante o decorrer da investigação através dos contactos em baixo indicados. As informações serão consultadas apenas pela investigadora e com fins académicos.

Agradeço a sua disponibilidade e apelo à sinceridade.

Declaro que li todas as informações acima. Recebi explicações sobre a natureza, demanda, riscos e benefícios do projeto. Assumo, conscientemente, os riscos envolvidos e compreendo que posso retirar o meu consentimento e interromper a minha participação a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício. Ao assinar esta carta de consentimento, não estou desistindo de quaisquer reivindicações legais ou direitos.

Assinatura do participante / Data

Assinatura do Investigador / Data

Mariana Estrela Soares

Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica

Correio Eletrónico: marianaestrelasoares@gmail.com

Anexo IV – Outputs obtidos pelo SPSS

Estatística Descritiva para o Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Total_Bonding	59	,00	1,17	,3738	,33909
Valid N (listwise)	59				

Estatística Descritiva para a Edinburgh Postnatal Depression Scale

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Soma_DPP	59	,00	12,00	3,9831	2,95653
Total_DPP	59	,00	1,20	,3983	,29565
Valid N (listwise)	59				

Estatística Descritiva Amostra Completa

Habilitações do Pai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ensino Básico	7	11,9	11,9	11,9
Ensino Secundário	20	33,9	33,9	45,8
Valid Licenciatura	25	42,4	42,4	88,1
Mestrado	7	11,9	11,9	100,0
Total	59	100,0	100,0	

Estado Civil

Estado_Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Solteiro	16	27,1	27,1	27,1
Valid Casado	43	72,9	72,9	100,0
Total	59	100,0	100,0	

Planeamento da Gravidez

Gravidez_planeada

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	11	18,6	18,6	18,6
Valid Sim, pela mãe	1	1,7	1,7	20,3
Sim, por ambos	47	79,7	79,7	100,0
Total	59	100,0	100,0	

Sexo do Bebê

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Masculino	33	55,9	55,9	55,9
Valid Feminino	26	44,1	44,1	100,0
Total	59	100,0	100,0	

Primogênito Vs. Filho seguinte

Prim_filho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sim	31	52,5	52,5	52,5
Valid Não	28	47,5	47,5	100,0
Total	59	100,0	100,0	

Idade do Pai

Idade do Pai: Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade_Pai	59	25	52	35,03	5,971
Valid N (listwise)	59				

Análise da Normalidade das variáveis Total_DPP e Total_Bonding

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Total_DPP	Total_Bonding
N		59	59
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,3983	,3738
	Std. Deviation	,29565	,33909
Most Extreme Differences	Absolute	,139	,185
	Positive	,139	,185
	Negative	-,089	-,135
Kolmogorov-Smirnov Z		1,066	1,420
Asymp. Sig. (2-tailed)		,206	,036

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Assimetria e Achamento das variáveis Total_DPP e Total_Bonding

Descriptive Statistics

	N	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Total_DPP	59	,750	,311	-,029	,613
Total_Bonding	59	,895	,311	-,226	,613
Valid N (listwise)	59				

Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento

Cronbach's Alpha	N of Items
,674	12

Edinburgh Postnatal Depression Scale

Cronbach's Alpha	N of Items
,680	10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
sem_DPP	52	88,1	88,1	88,1
Valid com_DPP	7	11,9	11,9	100,0
Total	59	100,0	100,0	

Estatística Descritiva do grupo S/DPP

	Sex bebe	Prim filho
<u>N</u> Valid	52	52
Missing	0	0

a. DPP grupos = sem DPP

Sexo do Bebê

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Masculino	27	51,9	51,9	51,9
Valid Feminino	25	48,1	48,1	100,0
Total	52	100,0	100,0	

a. DPP grupos = sem DPP

Primogénito vs. Filho seguinte

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	29	55,8	55,8	55,8
Não	23	44,2	44,2	100,0
Total	52	100,0	100,0	

a. DPP_grupos = sem_DPP

Idade do Pai

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade_Pai	52	25	51	34,52	5,765
Valid N (listwise)	52				

a. DPP_grupos = sem_DPP

Habilitações do Pai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ensino Básico	7	13,5	13,5	13,5
Ensino Secundário	19	36,5	36,5	50,0
Licenciatura	20	38,5	38,5	88,5
Mestrado	6	11,5	11,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	

a. DPP_grupos = sem_DPP

Estado Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro	16	30,8	30,8	30,8
Casado	36	69,2	69,2	100,0
Total	52	100,0	100,0	

a. DPP_grupos = sem_DPP

Planeamento da Gravidez

Gravidez_planeada^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	9	17,3	17,3	17,3
Valid Sim, por ambos	43	82,7	82,7	100,0
Total	52	100,0	100,0	

a. DPP_grupos = sem_DPP

Estatística Descritiva do Grupo C/DPP

Statistics^a

	Sex_bebe	Prim_filho
N Valid	7	7
Missing	0	0

a. DPP_grupos = com_DPP

Sexo bebe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Masculino	6	85,7	85,7	85,7
Valid Feminino	1	14,3	14,3	100,0
Total	7	100,0	100,0	

a. DPP_grupos = com_DPP

Primogénito vs. Filho seguinte

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	2	28,6	28,6	28,6
Não	5	71,4	71,4	100,0
Total	7	100,0	100,0	

a. DPP_grupos = com_DPP

Idade do Pai

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade_Pai	7	33	52	38,86	6,543
Valid N (listwise)	7				

a. DPP_grupos = com_DPP

Habilitações do Pai

Habilitações_Pai^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ensino Secundário	1	14,3	14,3	14,3
Valid Licenciatura	5	71,4	71,4	85,7
Valid Mestrado	1	14,3	14,3	100,0
Total	7	100,0	100,0	

a. DPP_grupos = com_DPP

Estado Civil

Estado_Civil^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Casado	7	100,0	100,0	100,0

a. DPP_grupos = com_DPP

Planeamento da Gravidez

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	2	28,6	28,6	28,6
Valid Sim, pela mãe	1	14,3	14,3	42,9
Valid Sim, por ambos	4	57,1	57,1	100,0
Total	7	100,0	100,0	

a. DPP_grupos = com_DPP

Pressupostos Regressão Linear

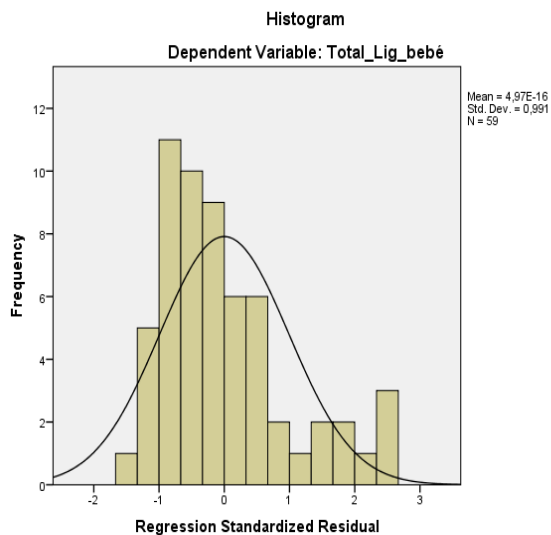
Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	Total_DPP
1	1	1,805	1,000	,10	,10
	2	,195	3,046	,90	,90

a. Dependent Variable: Total_Lig_bebé

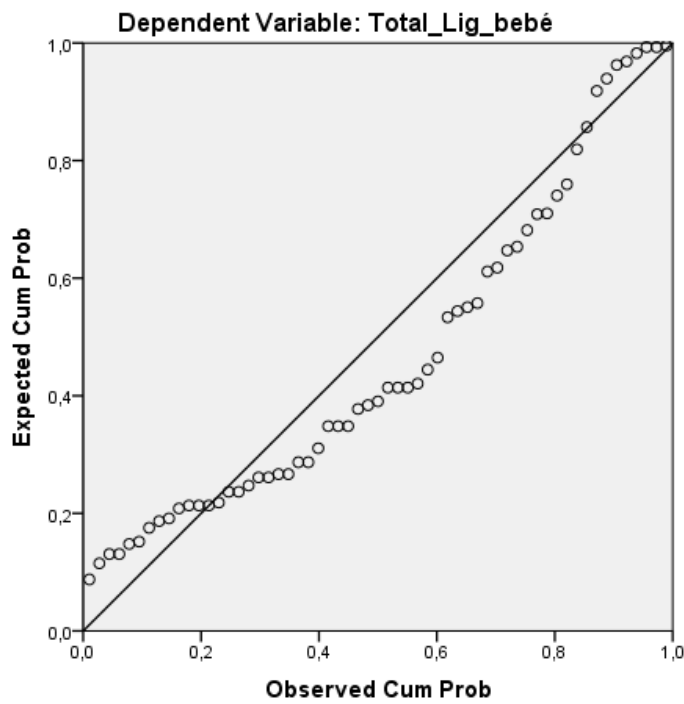
Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	,2707	,5812	,3738	,07649	59
Residual	-,45183	,87006	,00000	,33035	59
Std. Predicted Value	-1,347	2,712	,000	1,000	59
Std. Residual	-1,356	2,611	,000	,991	59

a. Dependent Variable: Total_Lig_bebé



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Regressão Linear Total_DPP * Total_Bonding

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin - Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,226 ^a	,051	,034	,33323	,051	3,056	1	57	,086	1,576

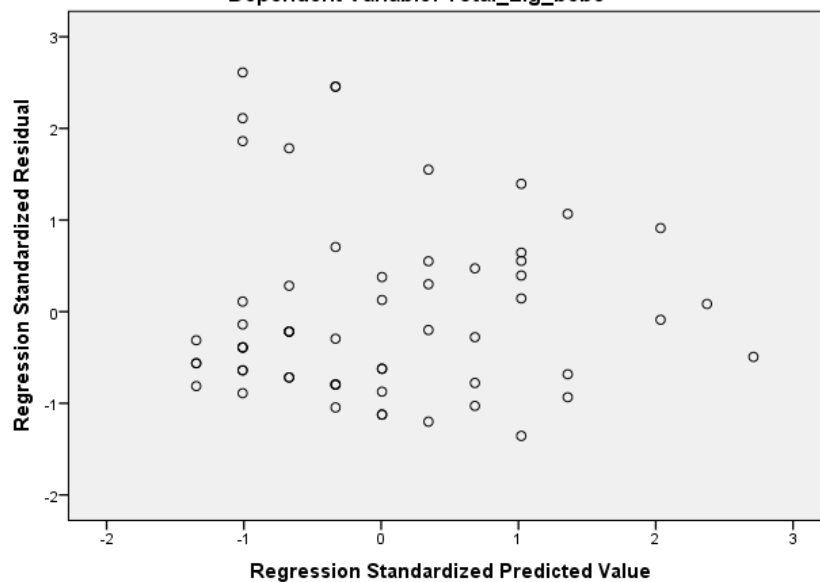
	DPP_grupos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total_Bonding	sem_DPP	52	,3552	,34609	,04799
	com_DPP	7	,5119	,26100	,09865

Correlations

		Total_Lig_bebé	Total_DPP
Pearson Correlation	Total_Bonding	1,000	,226
	Total_DPP	,226	1,000
	Total_Total_Bond	.	,043
Sig. (1-tailed)	ing		
	Total_DPP	,043	.
	Total_total	59	59
N	Bonding		
	Total_DPP	59	59

Scatterplot

Dependent Variable: Total_Lig_bebé



Total_Bonding * Variáveis Sociodemográficas

Bonding * Sexo do Bebê

Group Statistics

	Sex_bebe	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total_Bonding	Masculino	33	,4612	,34122	,05940
	Feminino	26	,2628	,30794	,06039

Independent Samples Test

		Total_Bonding		
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed	
Levene's Test for Equality of Variances	F	1,311		
	Sig.	,257		
	T	2,313	2,342	
	Df	57	55,897	
t-test for Equality of Means	Sig. (2-tailed)	,024	,023	
	Mean Difference	,19838	,19838	
	Std. Error Difference	,08576	,08471	
	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	,02665	,02868
		Upper	,37012	,36808

Bonding * Primogénito vs. Filho seguinte

Group Statistics

	Prim_Filho	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total_Bonding	Sim	31	,3216	,35047	,06295
	Não	28	,4315	,32239	,06093

		Total_Bonding		
		Equal variance s assumed	Equal variance s not assumed	
Levene's Test for Equality of Variances	F	,059		
	Sig.	,809		
	T	-1,250	-1,255	
	Df	57	56,977	
	Sig. (2-tailed)	,217	,215	
t-test for Equality of Means	Mean Difference	-,10994	-,10994	
	Std. Error Difference	,08798	,08760	
	Lower	-,28612	-,28537	
	95% Confidence Interval of the Difference	Upper	,06623	,06548
	Lower			

Bonding * Idade do Pai

Correlations

		Idade_Pai	Total_Bonding
Idade_Pai	Pearson Correlation	1	,264*
	Sig. (2-tailed)		,043
	N	59	59
Total_Bonding	Pearson Correlation	,264*	1
	Sig. (2-tailed)	,043	
	N	59	59

Bonding * Habilitações

Correlations

		Total_Bonding	Habilitações_Pai
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,188
	Total_Bonding Sig. (2-tailed)	.	,153
	N	59	59
	Correlation Coefficient	,188	1,000
	Habilitações_Pai Sig. (2-tailed)	,153	.
	N	59	59

Bonding * Estado Civil

Group Statistics

	Estado_Civil	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total_Bonding	Solteiro	16	,2135	,30118	,07530
	Casado	43	,4334	,33610	,05126

Independent Samples Test

		Total_Bonding		
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed	
Levene's Test for Equality of Variances	F	2,211		
	Sig.	,143		
t-test for Equality of Means	T	-2,294	-2,414	
	Df	57	29,834	
	Sig. (2-tailed)	,025	,022	
	Mean Difference	-,21986	-,21986	
	Std. Error Difference	,09584	,09109	
	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	-,41178	-,40593
		Upper	-,02795	-,03380

Bonding * Planeamento Gravidez

Descriptives

Total_Bonding

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Não	11	,3712	,38974	,11751	,1094	,6330	,00	,92
Sim, pela mãe	1	,2500	.	.	.	.	,25	,25
Sim, por ambos	47	,3770	,33408	,04873	,2789	,4751	,00	1,17
Total	59	,3738	,33909	,04415	,2854	,4621	,00	1,17

Test of Homogeneity of Variances

Total_Bonding

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,246 ^a	1	56	,140

a. Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for Total_Lig_bebé.

ANOVA

Total_Bonding

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,016	2	,008	,067	,935
Within Groups	6,653	56	,119		
Total	6,669	58			

Total_DPP * Variáveis Sociodemográficas

DPP* Sexo do Bebê

	Sexo_Bebe	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total_DPP	Masculino	33	,4636	,32193	,05604
	Feminino	26	,3154	,23949	,04697

Independent Samples Test

		Total_DPP		
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed	
Levene's Test for Equality of Variances	F	3,493		
	Sig.	,067		
	T	1,958	2,028	
	Df	57	56,844	
	Sig. (2-tailed)	,055	,047	
t-test for Equality of Means	Mean Difference	,14825	,14825	
	Std. Error Difference	,07570	,07312	
	Lower	-,00334	,00182	
	95% Confidence Interval of the Difference	Upper	,29984	,29468
		Lower		

DPP * Primogénito vs. Filho seguinte

Group Statistics

	Primeiro_Filho	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total_DPP	Sim	31	,2903	,23714	,04259
	Não	28	,5179	,31157	,05888

Independent Samples Test

		Total_DPP	
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed
Levene's Test for Equality of Variances	F	2,007	
	Sig.	,162	
	T	-3,174	-3,131
	Df	57	50,262
	Sig. (2-tailed)	,002	,003
	Mean Difference	-,22753	-,22753
	Std. Error Difference	,07168	,07267
t-test for Equality of Means		-,37106	-,37348
	95% Confidence Interval of the Difference	-,08401	-,08159

DPP * Idade do Pai

Correlations

		Idade_Pai	Total_DPP
Idade_Pai	Pearson Correlation	1	,108
	Sig. (2-tailed)		,414
	N	59	59
Total_DPP	Pearson Correlation	,108	1
	Sig. (2-tailed)	,414	
	N	59	59

DPP * Habilitações do Pai

Correlations

		Total_DPP	Habilitações_Pai
Total_DPP	Correlation Coefficient	1,000	,149
	Sig. (2-tailed)	.	,260
	N	59	59
Spearman's rho	Correlation Coefficient	,149	1,000
	Sig. (2-tailed)	,260	.
	N	59	59

DPP * Estado Civil

Group Statistics

	Estado_Civil	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total_DPP	Solteiro	16	,2063	,15692	,03923
	Casado	43	,4698	,30436	,04641

Independent Samples Test

		Total_DPP	
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed
Levene's Test for Equality of Variances	F	7,864	
	Sig.	,007	
	T	-3,292	-4,336
	Df	57	50,821
	Sig. (2-tailed)	,002	,000
	Mean Difference	-,26352	-,26352
	Std. Error Difference	,08006	,06077
t-test for Equality of Means		-,42383	-,38554
	95% Confidence Interval of the Difference	-,10320	-,14150

DPP* Planejamento da Gravidez

Descriptives

	Total_DPP							
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Não	11	,4545	,32051	,09664	,2392	,6699	,00	1,00
Sim, pela mãe	1	,8000	.	.	.	.	,80	,80
Sim, por ambos	47	,3766	,28833	,04206	,2919	,4613	,00	1,20
Total	59	,3983	,29565	,03849	,3213	,4754	,00	1,20

Test of Homogeneity of Variances

Total_DPP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,261 ^a	1	56	,611

a. Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for Total_DPP.

ANOVA

Total_DPP

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,218	2	,109	1,260	,292
Within Groups	4,852	56	,087		
Total	5,070	58			

Normalidade * Planejamento da gravidez * Total_DPP

Tests of Normality ^c							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total_DPP	Não	,142	11	,200*	,948	11	,620
	Sim, por ambos	,155	47	,006	,902	47	,001

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

c. Total_DPP is constant when Planejamento_Grav = Sim, pela mãe. It has been omitted.

Normalidade * Planejamento da gravidez * Total_Bonding

Tests of Normality ^b							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Total_Lig_bebé	Não	,315	11	,003	,791	11	,007
	Sim, por ambos	,180	47	,001	,867	47	,000

a. Lilliefors Significance Correction

b. Total_Lig_bebé is constant when Planejamento_Grav = Sim, pela mãe. It has been omitted.

Homogeneidade de Variâncias * Planejamento da Gravidez * Total_Bonding

Test of Homogeneity of Variance ^a					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Total_Bonding	Based on Mean	2,246	1	56	,140
	Based on Median	,762	1	56	,386
	Based on Median and with adjusted df	,762	1	51,023	,387
	Based on trimmed mean	2,248	1	56	,139

a. Total_Lig_bebé is constant when Planejamento_Grav = Sim, pela mãe. It has been omitted.

Homogeneidade das Variâncias * Planejamento da gravidez * Total_DPP

Test of Homogeneity of Variance^a

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Total_DPP	Based on Mean	,261	1	56	,611
	Based on Median	,204	1	56	,653
	Based on Median and with adjusted df	,204	1	55,964	,653
	Based on trimmed mean	,269	1	56	,606

a. Total_DPP is constant when Planeamento_Grav = Sim, pela mãe. It has been omitted.

Normalidade * Estado Civil * Total_Bonding

Tests of Normality

	Estado_Civil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Total_Bonding	Solteiro	,264	16	,004	,695	16	,000
	Casado	,149	43	,017	,919	43	,005

a. Lilliefors Significance Correction

Homogeneidade das variâncias * Estado Civil * Total_Bonding

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Total_Bonding	Based on Mean	2,211	1	57	,143
	Based on Median	2,510	1	57	,119
	Based on Median and with adjusted df	2,510	1	52,878	,119
	Based on trimmed mean	2,757	1	57	,102

Normalidade * Estado Civil * Total_DPP

Tests of Normality

	Estado_Civil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total_DPP	Solteiro	,188	16	,133	,908	16	,109
	Casado	,102	43	,200*	,957	43	,110

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Homogeneidade de variâncias * Estado Civil * Total_DPP

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Based on Mean	7,864	1	57	,007
Based on Median	6,651	1	57	,013
Total_DPP Based on Median and with adjusted df	6,651	1	49,252	,013
Based on trimmed mean	7,862	1	57	,007

Normalidade * Primogénito vs. Filho seguinte * Total_DPP

	Primeiro_Filho	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Total_DPP	Sim	,164	31	,032	,902	31	,008
	Não	,115	28	,200*	,943	28	,134

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Homogeneidade de variâncias * Primogénito vs. Filho seguinte * Total_DPP

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Based on Mean	2,007	1	57	,162
Based on Median	1,654	1	57	,204
Total_DPP Based on Median and with adjusted df	1,654	1	56,494	,204
Based on trimmed mean	1,856	1	57	,178

Normalidade * Primogénito vs. Filho seguinte * Total_Bonding

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Primeiro_Filho		Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Total_Bonding	Sim	,226	31	,000	,781	31	,000
	Não	,142	28	,156	,923	28	,040

a. Lilliefors Significance Correction

Homogeneidade de variâncias * Primogénito vs. Filho seguinte * Total_Bonding

Test of Homogeneity of Variance					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Total_Bonding	Based on Mean	,059	1	57	,809
	Based on Median	,420	1	57	,520
	Based on Median and with adjusted df	,420	1	43,904	,520
	Based on trimmed mean	,155	1	57	,695

Normalidade * Sexo do Bebê * Total_Bonding

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Sexo_Bebe		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total_Bonding	Masculino	,156	33	,040	,917	33	,015
	Feminino	,238	26	,001	,796	26	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Homogeneidade de variâncias * Sexo do Bebê * Total_Bonding

Test of Homogeneity of Variance					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Total_Bonding	Based on Mean	1,311	1	57	,257
	Based on Median	1,820	1	57	,183
	Based on Median and with adjusted df	1,820	1	53,534	,183
	Based on trimmed mean	1,585	1	57	,213

Normalidade * Sexo do Bebê * Total_DPP

Tests of Normality

	Sexo_Bebe	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total_DPP	Masculino	,179	33	,009	,905	33	,007
	Feminino	,162	26	,078	,934	26	,098

a. Lilliefors Significance Correction

Homogeneidade de variâncias * Sexo do Bebê * Total_DPP

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Total_DPP	Based on Mean	3,493	1	57	,067
	Based on Median	2,157	1	57	,147
	Based on Median and with adjusted df	2,157	1	50,268	,148
	Based on trimmed mean	3,109	1	57	,083