

Depressão Perinatal Paterna: fatores de risco ^{a)}

Paternal Perinatal Depression: risk factors

Carolina Moura Pereira¹✉, José Fonseca-Moutinho^{1,2}, Sofia Morais^{3,4}

RESUMO

Introdução: A Depressão Perinatal Paterna tem uma prevalência estimada entre 8.4 e 10.4% segundo duas meta-análises recentes, sendo um fenómeno cada vez mais estudado nas últimas décadas. Atendendo ao impacto clínico e económico, esta perturbação merece a devida atenção da comunidade científica.

Objetivos: Análise descritiva da atual evidência científica sobre a Depressão Perinatal Paterna, identificando a prevalência, fatores de risco e impacto no individuo, sociedade e sistemas de saúde.

Métodos: Revisão não sistemática da literatura nas bases de dados PubMed, UpToDate e normas de orientação da Direção-Geral da Saúde e Organização Mundial da Saúde, sem limite temporal.

Resultados: Foram identificados diversos fatores de risco para a Depressão Perinatal Paterna, que podem ser divididos em: individuais (idade inferior a 28 anos, baixo nível educacional e socioeconómico, desemprego, tabagismo, hábitos alimentares desregrados, personalidade com níveis elevados de neuro-

ticismo ou baixa autoestima, padrão educacional do próprio pai com excessivo controlo ou ausência de modelos paternais, eventos de vida negativos); socioculturais (solteiro, separado ou divorciado, baixo apoio conjugal, familiar e laboral, e pertencente a minorias étnicas); relacionados com a gravidez (gravidez não planeada/desejada, parto instrumentado, complicações na gravidez ou na saúde da criança, e gravidez precedida por tratamentos de fertilidade); psiquiátricos (concomitância de depressão materna e antecedentes de doença psiquiátrica no homem); e hormonais (diminuição dos níveis de testosterona, estrogénio, cortisol, vasopressina e prolactina). A concomitância de depressão materna é o principal fator de risco, em que o homem apresenta risco superior, cerca de 50%, de desenvolver Depressão Perinatal Paterna. A Depressão Perinatal Paterna revela um impacto negativo, quer na ligação paterno-infantil, com efeitos deletérios na criança que podem persistir até à adolescência e idade adulta, quer ao nível económico no setor da saúde, pelo aumento da utilização dos cuidados de saúde primários e hospitalares pelos pais deprimidos.

1 Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior ✉ ana.pereira2395@gmail.com

2 Serviço de Obstetria e Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

3 Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

4 Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

 <https://orcid.org/0000-0003-3636-0414>

a) Baseado na dissertação de mestrado para a obtenção do grau de Mestre no Mestrado Integrado de Medicina

Recebido / Received: 02/04/2020 - Aceite / Accepted: 11/09/2020

Conclusões: Para uma maior consciencialização e reconhecimento precoce desta entidade clínica devem ser adotadas medidas como a implementação de questionários de rastreio, a divulgação de informação relativa à prevalência, fatores de risco e possíveis consequências e a utilização de tecnologias para conseguir a deteção e resolução de determinados fatores de risco.

Palavras-Chave: Depressão perinatal; Depressão paterna; Homem; Pai; Fatores de risco.

ABSTRACT

Background: *Paternal Perinatal Depression has an estimated prevalence between 8.4 and 10.4% according to two meta-analyses, and has been increasingly studied in recent decades. In light of its clinical and economic impact, this disorder deserves due attention from the scientific community.*

Aims: *This paper aims at a descriptive analysis of scientific evidence on Paternal Perinatal Depression, identifying the prevalence, risk factors and the impact on individuals, society and health systems.*

Methods: *Non-systematic literature review was carried out through PubMed, UpToDate, guidelines from the Direção-Geral da Saúde and World Health Organization.*

Results: *Several risk factors for Paternal Perinatal Depression were recognized and can be divided into: individual (age less than 28 years, low educational and socioeconomic level, unemployment, smoking, disordered eating habits, high levels of neuroticism or low self-esteem, father's*

educational pattern with excessive control or absence of paternal models, negative life events); sociocultural (single, separated or divorced, low marital, family and work support, belonging to ethnic minorities), pregnancy-related (unplanned or undesired pregnancy, instrumented delivery, complications in pregnancy or in child health, pregnancy preceded by fertility treatments), psychiatric (concomitant maternal depression and history of psychiatric illness in men) and hormonal (decreased levels of testosterone, estrogen, cortisol, vasopressin and prolactin). The concomitance of maternal depression is the main risk factor, in which men are at a higher risk (approximately 50%) of developing Paternal Perinatal Depression. Paternal Perinatal Depression has a negative impact, both on the father-child connection, with deleterious effects on the child that can persist until adolescence and adulthood, as well as on the health sector, with an increase in the use of primary health care and hospital care by the depressed parents.

Conclusions: *In order to increase awareness and early recognition of this clinical entity it is necessary to adopt measures, such as implementation of screening questionnaires, the dissemination of information related to the prevalence, risk factors and possible consequences and the use of technologies in order to enable the detection and resolution of certain risk factors.*

Key-Words: *Perinatal depression; Paternal depression; Man; Father; Risk factors.*

INTRODUÇÃO

Atualmente assiste-se a uma mudança na dinâmica familiar, verificando-se uma maior partilha dos deveres parentais. Esta partilha de deveres prende-se principalmente com as mudanças nos padrões de empregabilidade parental, em que as mulheres assumem um papel mais ativo na sociedade, com empregos remunerados, e em que, devido à mudança nas expectativas culturais do homem enquanto pai, se espera deste um maior envolvimento nos cuidados infantis e apoio à sua parceira¹⁻³. A transição para a paternidade é um período transformador na vida do homem em idade reprodutiva² e, apesar desta transição ser vista como um evento de vida extremamente recompensador, o pai enfrenta processos de reorganização profundos em que as demandas crescentes do novo bebé, face aos seus recursos psicológicos, aumentam a vulnerabilidade ao aparecimento de um primeiro episódio, ou recidiva, de doença psiquiátrica^{4,5}. O conceito de Depressão Paterna surgiu em 1990, sendo considerado na sua definição a existência de sintomas depressivos apenas no período pós-parto¹. Na quinta edição da DSM, em 2013, surge o especificador “início periparto”, reforçando a importância do período perinatal e não só do pós-parto⁶. Atualmente, a depressão materna é reconhecida como a patologia psiquiátrica mais prevalente durante a gravidez, com taxas de prevalência que variam de 10% a 20%⁷. Duas meta-análises avaliaram a prevalência da Depressão Perinatal Paterna (DPP), estimando-se entre 10.4%⁸ e 8.4%⁹. A prevalência da DPP corresponde a cerca de metade das percentagens registadas para as mães, mas tendo em conta que a perturbação depressiva

no homem ronda os 3.6%¹⁰, verificamos que a prevalência da DPP merece atenção.

OBJETIVOS

Análise descritiva da atual evidência científica sobre a DPP, identificando a prevalência, fatores de risco e impacto no indivíduo, sociedade e sistemas de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão não sistemática da literatura, sem limitação temporal, nas bases de dados, PubMed e UpToDate, bem como livros e normas de orientação da DGS e OMS. Não existiu uma limitação temporal na pesquisa por se considerar importante a obtenção de uma perspetiva longitudinal do conceito da DPP.

Sintomatologia e género

Nalguns contextos sociais e culturais tem sido evidenciado que o homem tem tendência a ocultar as suas emoções para se enquadrar nas noções de masculinidade, social e culturalmente impostas, e interiorizadas por si, pelo que é menos capaz de reconhecer e relatar os sintomas de depressão, comparativamente à mulher^{11,12}. A depressão materna inclui sintomas como: humor disfórico, mudanças de hábitos alimentares e de sono, anedonia, falta de proximidade e interesse pelo bebé, sentimentos de autculpabilização, tristeza e inutilidade^{13,14}. Por oposição, a depressão masculina caracteriza-se mais frequentemente pela externalização de sintomas (ataques de raiva, irritabilidade, hostilidade, autocrítica, rigidez afetiva, indecisão, cinismo, isolamento social e aumento dos comportamentos violentos), podendo também haver comorbilidade com abu-

so de álcool e de substâncias ilícitas e sintomas somáticos como diarreia ou obstipação, cefaleia e náusea¹⁵⁻¹⁸. Além destes, estão descritos sintomas específicos da adaptação à paternidade, como sensação de aprisionamento, luto pela perda da sua antiga vida e relação conjugal, e conflito interno entre a forma como devia agir e a forma como age na realidade¹⁹. Assim, os sintomas depressivos paternos tornam o diagnóstico da DPP mais desafiante²⁰⁻²².

Rastreo da depressão perinatal paterna

Devido a esta disparidade de sintomatologia entre géneros, o homem mostra-se muitas vezes incapaz de pedir ajuda, e a DPP mantém-se subdiagnosticada²³. Assim, em 2013, a Associação Nacional Perinatal recomendou o rastreio para DPP pelo menos duas vezes durante o primeiro ano após o parto²². Atualmente existem dois tipos de questionários para o rastreio da DPP: uns desenhados a partir dos já existentes para a depressão perinatal materna (exemplo: Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo -EPDS) e outros desenvolvidos especificamente para o homem (exemplo: Escala de Depressão Masculina de Gotland -GMDS)^{8,24}. Um estudo que comparou a EPDS com a GMDS sugere que quando se recorre apenas a uma das escalas, a percentagem de falsos negativos é maior, reforçando a necessidade da criação de um questionário que tenha por base a combinação de ambas as escalas^{1,23}. Na maioria dos estudos relativos à depressão paterna e materna, a EPDS é a escala mais usada²². A EPDS foi validada na população masculina em 2001, porém ainda não existe consenso sobre qual o ponto de corte adequado para o diagnóstico da DPP no homem²³.

No entanto, é necessário ter em conta que os homens durante a parentalidade nem sempre conseguem comparecer às consultas de vigilância, pelo que seria interessante a aplicação de um instrumento de rastreio como a EPDS à parceira, que seria uma ajuda no rastreio da depressão paterna através de relatos da mãe/cônjuge^{20,25}.

Fatores de risco

Durante a transição para a paternidade, os pais ficam particularmente vulneráveis a múltiplos fatores: individuais, socioculturais, relacionados com a gravidez, psiquiátricos e hormonais. (**Quadro I**, página seguinte)

Fatores Individuais

Verifica-se que, quando o pai tem idade igual ou inferior a 28 anos, e principalmente quando a parentalidade ocorre na adolescência, o homem apresenta um risco superior de desenvolver DPP^{16,19,26}. Relativamente à escolaridade, um pai com menor nível educacional terá maior risco de DPP, pois terá mais dificuldades em obter informação relativa à paternidade e aos cuidados infantis, e também no acesso a serviços de saúde no período perinatal^{7,27}. Também um baixo estrato socioeconómico^{28,29} e o desemprego^{30,31} se associam ao aumento do risco de DPP, pois as preocupações financeiras associadas a baixos rendimentos, aumentam com a noção dos custos associados ao cuidado de uma criança^{27,30}. São também considerados fatores de risco para DPP o arrendamento³² e a residência em alguns tipos de habitação, como os apartamentos²⁷, e em ambiente rural¹². Outros fatores individuais considerados na DPP são: hábitos tabágicos³³ e alimentares desre-

Quadro I. Resumo Fatores de Risco.

FATORES DE RISCO		
Individuais	Idade	Estado civil
	Nível educacional	Relação conjugal
	Estrato socioeconómico	Apoio social
	Status de emprego	Etnia e Emigração
	Habitação	Relação familiar
	Eventos de vida negativos	Tipo de parto
	Tabagismo	Género da criança
	Hábitos alimentares	Complicações com a criança
	Personalidade	Gravidez não desejada/planeada
	Padrão educacional do pai	Tratamentos de fertilidade
Psiquiátricos	Tipo de família	Testosterona
	Doença ou incapacidade	Estrogénio
	Depressão materna	Cortisol
	Nível de <i>stress</i> percebido	Vasopressina
	Antecedentes de doença psiquiátrica	Prolactina

grados¹⁹(com níveis elevados de hidratos de carbono e gorduras saturadas); características da personalidade (baixa autoestima³⁴, níveis elevados de neuroticismo^{35,36} e traços de personalidade antissocial²⁰). O padrão educacional do próprio pai, dotado de excessivo controlo e proteção parental ou, num extremo oposto, a ausência de modelos parentais, foi também considerado fator de risco para DPP^{35,37}. Também o tipo de família: estar sem a custódia do bebé¹⁷, não residir na mesma habitação¹⁶, manter relação com mãe solteira (sem filhos biológicos do casal)^{5,24} ou pertencer a uma família adotiva³⁸ terá maior risco de DPP. Os eventos de vida negativos apresentam-se como fatores de risco para a DPP e consideram-se todos os eventos que perturbem o estado psicológico paterno e despoletem o início ou a

recorrência de perturbação mental no pai durante o período perinatal (exemplo: antecedentes de abortos/perda precoce de uma criança^{13,17}; doença/incapacidade^{29,33}; luto¹⁷).

Fatores Socioculturais

Durante a parentalidade, o estado civil solteiro, separado ou divorciado²³ associa-se a maior risco de DPP. O apoio conjugal ou familiar que o homem recebe é um fator protetor da DPP, pois cria oportunidades para se falar dos sentimentos e preocupações, diminuindo a vulnerabilidade para a depressão³⁷. A relação conjugal é também um fator importante para a DPP. Quando consideramos o papel da relação íntima, na preparação para o período perinatal e na mediação do impacto de eventos negativos na vida e no bem-estar parental

durante a gravidez, vemos que a insatisfação e conflito conjugais são particularmente prejudiciais^{4,30}. O apoio social pode relacionar-se com a rede social³⁹ ou com condições de trabalho⁴⁰. Quando o apoio social percebido pelo pai se encontra prejudicado, considera-se que existe um risco acrescido de desenvolver DPP, sendo disso exemplo a nível laboral: a carga horária excessiva, a instabilidade laboral e o conflito trabalho-família. A licença de paternidade assume-se como um fator protetor da DPP, e consoante a sua duração e valor monetário, permite um maior envolvimento na família e, por sua vez, diminui o risco de DPP²⁷. Certos estudos consideram a influência da cultura na DPP, indicando que um pai emigrante ou pertencente a minorias étnicas, como negros não hispânicos e hispânicos, tem risco acrescido de depressão^{23,34}.

Fatores Relacionados Com A Gravidez

Na preparação para o período pós-parto, o homem tenta antecipar a sua vida futura e as alterações que daí advém, gerando por vezes alguma incerteza e uma sensação de incongruência entre a realidade e o que idealizou, mostrando insatisfação perante o novo ambiente familiar⁴¹. As preocupações referidas pelo pai incluem: inadequação das competências paternas perante a realidade, principalmente se a parentalidade é vivida pela primeira vez^{19,26}; possibilidade de exclusão da ligação mãe-filho⁴²; e preocupação quanto ao parto (tipo de parto¹², género da criança^{15,43}, complicações na gravidez e pós-parto^{5,27}). Também se a gravidez não foi desejada/planeada, o pai apresenta maior risco de desenvolver DPP^{1,5}. Quando a gravidez é precedida por tratamen-

tos de fertilidade, estes podem induzir ansiedade e depressão, colocando a saúde mental do pai em risco⁴⁴.

Fatores Psiquiátricos

Os fatores psiquiátricos podem influenciar o risco de DPP, quer pelo atingimento do indivíduo quer pelo impacto na parceira. Relativamente à mãe, existe uma relação de comorbilidade entre a depressão materna e paterna, em que o homem apresenta um risco substancialmente superior de exibir DPP, chegando a probabilidades de 50% quando a parceira vivencia uma depressão pós-parto^{21,24}. Relativamente ao pai, é necessário avaliar se este apresenta história prévia de patologia psiquiátrica, pois durante o período perinatal aumenta a vulnerabilidade para o aparecimento ou recidiva desta patologia²¹. Sendo a gravidez um período de mudanças, o pai acaba por se sentir pressionado a desempenhar o melhor papel paternal possível, pelo que também enfrenta um aumento do nível de stress percebido³³. Assim, considera-se que existe uma maior prevalência de depressão paterna, em indivíduos com antecedentes de depressão durante a vida ou no período perinatal^{7,29}, perturbação de ansiedade³² ou do sono³⁰, abuso de substâncias ilícitas e/ou álcool^{22,33} e antecedentes de tratamento psiquiátrico⁴⁴. Desta forma, os fatores com a contribuição mais significativa para o surgimento da DPP são a existência de depressão materna perinatal e a presença de antecedentes de depressão paterna^{7,9}.

Fatores Hormonais

Apesar dos vários estudos realizados para caracterizar a influência dos fatores biológicos

na depressão materna, quanto à DPP existem apenas modelos teóricos que tentam explicar o papel de cada hormona no comportamento parental, com implicações na saúde mental paterna e materna^{22,42}. Os níveis de testosterona, na maioria dos homens, tendem a diminuir durante a gravidez e a manterem-se baixos alguns meses após o parto. Assim, a redução dos níveis pode ser uma adaptação à paternidade que, aliada a outros fatores contextuais, pode contribuir para o aumento do risco de depressão. De acordo com um estudo de 2017, homens com diminuição dos níveis de testosterona reportavam mais sintomas depressivos⁴⁵. Por outro lado, no homem, os níveis de estrogénio aumentam no último mês de gestação da parceira até ao período pós-parto inicial, estando associados a um maior envolvimento na paternidade e a menor risco de DPP. Assim, teoriza-se que níveis reduzidos de estrogénio constituam um fator de risco para DPP⁴². Também o efeito do cortisol na DPP é estudado, e estando esta hormona relacionada com a resposta fisiológica ao stress, pondera-se que um baixo nível de cortisol paterno poderá aumentar o risco de DPP⁴². Relativamente à vasopressina sabe-se que durante o período perinatal há um aumento da vasopressina no homem, que se associa ao desenvolvimento da ligação pai-filho e ocorre de forma análoga à variação dos níveis de oxitocina na mulher, pelo que valores mais reduzidos de vasopressina poderão revelar-se um fator de risco para a DPP⁴². Por último, a prolactina apresenta um aumento dos seus níveis, no homem, desde o início da gravidez até ao primeiro ano pós-parto, propiciando melhor interação paternal e uma

resposta positiva aos estímulos infantis, assim, verifica-se que uma diminuição da prolactina poderá dificultar a transição para a parentalidade, a relação familiar e aumentar o risco de DPP⁴².

Impacto no contexto clínico e sistemas de saúde

Na criança, a primeira infância, dos 0 aos 5 anos, afigura-se como um período crítico para o seu desenvolvimento, pelo que as relações interpessoais formadas durante este período, a segurança e aquisição de capacidades de exploração são extremamente importantes, fazendo com que a criança esteja muito sensível aos estímulos do ambiente em redor.¹⁶ Segundo um estudo de 2015, um envolvimento paternal positivo e significativo, especialmente durante o primeiro ano de vida, pode ter uma influência única e acarretar vários benefícios, como o menor uso de substâncias ilícitas, a melhor regulação emocional e o melhor desempenho escolar no adolescente²². Porém, a existência de DPP, a ausência de uma ligação paterno-infantil e de um ambiente saudável durante a infância associam-se a efeitos deletérios na criança, que podem persistir até à idade adulta³. O prejuízo das capacidades parentais traduz-se numa diminuição da tolerância do pai, assim como do prazer e afeto resultante das interações com a criança. Por um lado, diminuem os comportamentos patais positivos e atividades de enriquecimento^{3,5,16}, como o canto, leitura e conto de histórias; e por outro aumentam os comportamentos parentais negativos^{3,22}, como hostilidade, crítica, irritabilidade, conflito e punição. A propensão para aplicar castigos físicos nas crianças será

tanto maior quanto mais precoce for o início da DPP⁴⁶.

Segundo um estudo, que comparou pais do sexo masculino, com e sem depressão, quanto ao impacto econômico da DPP no setor da saúde, verificou-se um aumento da utilização dos cuidados de saúde primários e dos serviços hospitalares em pais deprimidos⁴⁷. A DPP revela, assim, um impacto negativo global, econômico e social, que necessita de ser olhado de uma nova perspectiva. O homem é uma parte igualitária da unidade parental²¹, por isso cabe aos profissionais de saúde desmistificar as concepções sobre a DPP, demonstrando a importância da saúde mental não só da mãe, mas também do pai¹⁹. Note-se que no Serviço Nacional de Saúde, de acordo com o guia “Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de Orientação para Profissionais de Saúde” (2005), destinado a sensibilizar os profissionais de saúde para a saúde mental perinatal, as questões relativas à saúde mental continuam a ser, quase que exclusivamente, direcionadas para a mãe, deixando o pai em segundo plano⁴⁸. O rastreio da DPP no homem deve ser realizado em certos períodos, pré e pós-parto, tais como as consultas pré-natais e o internamento na maternidade no pós-parto, permitindo, com o rastreio e diagnóstico precoces, uma melhor alocação de fundos e recursos da saúde^{9,38}. Segundo um estudo australiano de 2019, os homens consideram que o rastreio de rotina, embora potencialmente desconfortável, é essencial para normalizar a experiência emocional que atravessam no período perinatal⁴⁹. Para além do rastreio, é também necessário planejar medidas preventivas tais como: inter-

venções no relacionamento conjugal e familiar; alertar a sociedade para o encaminhamento precoce aos serviços de saúde; fornecer materiais educacionais; e promover sessões de preparação para o parto dirigidas tanto ao pai como à mãe^{38,42}. Com uma correta psicoeducação relativa à DPP, que inclua informação sobre a prevalência, sintomas, fatores de risco e locais onde procurar ajuda, será possível educar o homem a reconhecer os seus sintomas e incentivá-lo a procurar tratamento. Os principais sinais e sintomas para os quais os profissionais de saúde devem estar alertas são: ataques de raiva; irritabilidade; rigidez afetiva; sintomas somáticos; isolamento social e abuso de álcool ou de substâncias ilícitas^{14-18,26}. Com a constante evolução tecnológica, também a saúde pode tirar o melhor partido das ferramentas tecnológicas. Neste sentido, um estudo australiano de 2017 enviou várias mensagens, as “SMS4DADS”, aos pais durante o período perinatal com informações relevantes e esclarecimento de dúvidas sobre a transição para a paternidade que contribuíam para a redução da sensação de isolamento social e insatisfação conjugal, demonstrando ser uma ferramenta útil, viável e eficaz para abordar o homem¹⁴.

CONCLUSÕES

Nos últimos 30 anos, verificou-se um aumento na investigação sobre a DPP, estando este associado a uma mudança de paradigmas na sociedade, em que, gradualmente, o pai e a mãe começam a ser considerados de uma forma mais igualitária quanto à educação e aos cuidados infantis. Como referido, a prevalência da DPP estima-se entre 8.4 e os 10.4%, o que

demonstra a sua relevância em termos de saúde pública. O homem apresenta um quadro sintomatológico com algumas diferenças em relação ao da mulher, dificultando o rastreio e diagnóstico da DPP. Ainda assim, para a detecção precoce da DPP é importante que os profissionais de saúde reconheçam esta entidade, a sua sintomatologia e fatores de risco. Quanto aos fatores de risco individuais, destaca-se: idade paterna inferior a 28 anos, baixo nível socioeconómico e educacional, desemprego, habitação com contrato de arrendamento, presença de eventos de vida negativos, tabagismo ativo e hábitos alimentares desregrados. Há que considerar, também, a personalidade (baixa autoestima, elevado nível de neuroticismo e traços de personalidade antissocial), o padrão educacional do próprio indivíduo dotado de excessivo controlo e proteção parental ou por oposição a ausência de modelos parentais, o tipo de família (como não ter a custódia do bebé ou não residir na mesma habitação) e a existência de doença ou incapacidade por parte do homem. Relativamente aos fatores socioculturais, são considerados de risco para DPP quando: o homem é solteiro, separado ou divorciado; existe baixo apoio conjugal, familiar e laboral (como instabilidade laboral ou dificuldade no gozo de licenças de parentalidade); e quando o homem pertence a minorias étnicas ou é emigrante. Abordando os fatores relacionados com a gravidez realça-se: a incerteza quanto ao novo ambiente familiar e às competências paternas; gravidez não planeada/ desejada; parto instrumentado; presença de complicações na gravidez ou na saúde da criança; e gravidez precedida por tratamentos de fertilidade. Dos fatores psiquiátricos distin-

gue-se a concomitância de depressão materna - considerado o principal fator de risco para DPP - em que o homem apresenta um risco superior, cerca de 50%, de desenvolver DPP, o nível elevado de stress percebido e a existência de doença psiquiátrica anterior no homem. Em relação aos fatores hormonais, menciona-se a possível relação entre a DPP e a diminuição dos níveis de testosterona, estrogénio, cortisol, vasopressina e prolactina. Em resumo, torna-se imperativo que, quer a comunidade, quer os profissionais de saúde, colaborem na criação de novas políticas de saúde com vista a uma maior consciencialização para a DPP.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA / *REFERENCES*

1. Shaheen NA, AlAtiq Y, Thomas A, Alanazi HA, AlZahrani ZE, Younis SAR, et al. Paternal Postnatal Depression Among Fathers of Newborn in Saudi Arabia. *Am J Mens Health*. 2019;13(1).
2. Pinto TM, Samorinha C, Tendais I, Figueiredo B. Depression and paternal adjustment and attitudes during the transition to parenthood. *J Reprod Infant Psychol*. 2020 Jul;38(3):281-296.
3. Ip P, Li TMH, Chan KL, Ting AYY, Chan CY, Koh YW, et al. Associations of paternal postpartum

- depressive symptoms and infant development in a Chinese longitudinal study. *Infant Behav Dev.* 2018;53:81–9.
4. Tambelli R, Trentini C, Trovato A, Volpi B. Role of psychosocial risk factors in predicting maternal and paternal depressive symptomatology during pregnancy. *Infant Ment Health J.* 2019;40(4):541–56.
 5. Gentile S, Fusco ML. Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Res.* 2017;252:325–32.
 6. Loscalzo Y, Giannini M, Contena B, Gori A, Benvenuti P. The Edinburgh Postnatal Depression Scale for Fathers: A contribution to the validation for an Italian sample. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015;37(3):251–6.
 7. Glasser S, Lerner-Geva L. Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspect Public Health.* 2019;139(4):195–8.
 8. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association with Maternal Depression. A Meta-analysis. *JAMA.* 2010;303(19):1961–9.
 9. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;206:189–203.
 10. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
 11. Ayinde O, Lasebikan VO. Factors associated with paternal perinatal depression in fathers of newborns in Nigeria. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2019;40(1):57–65.
 12. Zhang YP, Zhang LL, Wei HH, Zhang Y, Zhang CL, Porr C. Post partum depression and the psychosocial predictors in first-time fathers from northwestern China. *Midwifery.* 2016;35:47–52.
 13. Demontigny F, Girard ME, Lacharité C, Dubeau D, Devault A. Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *J Affect Disord.* 2013;150(1):44–9.
 14. Fletcher R, Kay-Lambkin E, May C, Oldmeadow C, Attia J, Leigh L. Supporting men through their transition to fatherhood with messages delivered to their smartphones: a feasibility study of SMS4dads. *BMC Public Health.* 2017;17(1):953.
 15. Kamalifard M, Hasanpoor S, Babapour Kheiroddin J, Panahi S, Bayati Payan S. Relationship between Fathers' Depression and Perceived Social Support and Stress in Postpartum Period. *J Caring Sci.* 2014;3(1):57–66.
 16. Garfield CF, Duncan G, Rutsohn J, McDade TW, Adam EK, Coley RL, et al. A Longitudinal Study of Paternal Mental Health During Transition to Fatherhood as Young Adults. *Pediatrics.* 2014;133(5):836–43.
 17. Spector AZ. Fatherhood and depression: A review of risks, effects, and clinical application. *Issues Ment Health Nurs.* 2006;27(8):867–83.
 18. Currid TJ. Psychological issues surrounding paternal perinatal mental health. *Nurs Times.* 2005;101(5):40–2.
 19. Freitas CJ, Williams-Reade J, Distelberg B, Fox CA, Lister Z. Paternal depression during pregnancy and postpartum: An international Delhi study. *J Affect Disord.* 2016;202:128–36.
 20. Berg AR, Ahmed AH. Paternal perinatal depression: Making a case for routine screening. *Nurse Pract.* 2016;41(10):1–5.
 21. Fisher SD. Paternal Mental Health: Why Is It Relevant? *Am J Lifestyle Med.* 2016;11(3):200–11.

22. Singley DB, Edwards LM. Men's perinatal mental health in the transition to fatherhood. *Prof Psychol Res Pr.* 2015;46(5):309–16.
23. Carlberg M, Edhborg M, Lindberg L. Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *Am J Mens Health.* 2018;12(4):720–9.
24. Schumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth.* 2008;21(2):65–70.
25. Fisher SD, Kopelman R, O'Hara MW. Partner report of paternal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale-Partner. *Arch Womens Ment Health.* 2012;15(4):283–8.
26. Bergström M. Depressive Symptoms in New First-Time Fathers: Associations with Age, Sociodemographic Characteristics, and Antenatal Psychological Well-Being. *Birth.* 2013;40(1):32–8.
27. Philpott LE, Corcoran P. Paternal postnatal depression in Ireland: Prevalence and associated factors. *Midwifery.* 2018;56:121–7.
28. Albicker J, Hölzel LP, Bengel J, Domschke K, Kriston L, Schiele MA, et al. Prevalence, symptomatology, risk factors and healthcare services utilization regarding paternal depression in Germany: study protocol of a controlled cross-sectional epidemiological study. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1)
29. Kiviruusu O, Pietikäinen JT, Kylliäinen A, Pölkki P, Saarenpää-Heikkilä O, Marttunen M, et al. Trajectories of mothers' and fathers' depressive symptoms from pregnancy to 24 months postpartum. *J Affect Disord.* 2020;260:629–37.
30. da Costa D, Danieli C, Abrahamowicz M, Dasgupta K, Sewitch M, Lowensteyn I, et al. A prospective study of postnatal depressive symptoms and associated risk factors in first-time fathers. *J Affect Disord.* 2019;249:371–7.
31. Nishigori H, Obara T, Nishigori T, Metoki H, Mizuno S, Ishikuro M, et al. The prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms of fathers at one and 6 months postpartum: an adjunct study of the Japan Environment & Children's Study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;7058:1–8.
32. Maleki A, Faghihzadeh S, Niroomand S. The relationship between paternal prenatal depressive symptoms with postnatal depression: The PATH model. *Psychiatry R.* 2018;269:102–7.
33. Underwood L, Waldie KE, Peterson E, D'Souza S, Verbiest M, McDaid F, et al. Paternal depression symptoms during pregnancy and after childbirth among participants in the growing up in New Zealand study. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(4):360–9.
34. Wee KY, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J. Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review. *J Affect Disord.* 2011;130(3):358–77.
35. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord.* 2000;60(2):75–85.
36. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of Postnatal Depression in Mothers and Fathers. *Br J Psychiatry.* 1996;169(1):36–41.
37. Ngai FW, Ngu SF. Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *J Psychosom Res.* 2015;78(2):156–61.
38. Musser AK, Ahmed AH, Foli KJ, Coddington JA. Paternal Postpartum Depression: What Health

- Care Providers Should Know. *J Pediatr Health Care*. 2013;27(6):479–85.
39. Koh YW, Chui CY, Tang CSK, Lee AM. The prevalence and risk factors of paternal depression from the antenatal to the postpartum period and the relationships between antenatal and postpartum depression among fathers in Hong Kong. *Depress Res Treat*. 2014;2014:1–11.
40. Top ED, Cetisli NE, Guclu S, Zengin EB. Paternal Depression Rates in Prenatal and Postpartum Periods and Affecting Factors. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(6):747–52.
41. Edward K leigh, Castle D, Mills C, Davis L, Casey J. An Integrative Review of Paternal Depression. *Am J Mens Health*. 2015;9(1):26–34.
42. Kim P, Swain JE. Sad Dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(2):35–47.
43. Mao Q, Zhu L xia, Su X yin. A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *J Clin Nurs*. 2011;20(5–6):645–52.
44. Nishimura A, Fujita Y, Katsuta M, Ishihara A, Ohashi K. Paternal postnatal depression in Japan: An investigation of correlated factors including relationship with a partner. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):1–8.
45. Saxbe DE, Schetter CD, Simon CD, Adam EK, Shalowitz MU. High paternal testosterone may protect against postpartum depressive symptoms in fathers, but confer risk to mothers and children. *Horm Behav*. 2017;95:103–12.
46. Takehara K, Suto M, Kakee N, Tachibana Y, Mori R. Prenatal and early postnatal depression and child maltreatment among Japanese fathers. *Child Abuse Negl*. 2017;70:231–9.
47. Edoaka IP, Petrou S, Ramchandani PG. Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *J Affect Disord*. 2011;133(1–2):356–60.
48. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2006. 46 p.
49. Schuppan KM, Roberts R, Powrie R. Paternal Perinatal Mental Health: At-Risk Fathers' Perceptions of Help-Seeking and Screening. *J Mens Stud*. 2019;27(3):307–28.