

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**DISTORÇÕES COGNITIVAS E CONFLITO CONJUGAL NA  
DEPRESSÃO PÓS-PARTO PATERNA**

**SABRINA KOCH**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.**

**Porto Alegre  
Dezembro, 2013**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**DISTORÇÕES COGNITIVAS E CONFLITO CONJUGAL NA  
DEPRESSÃO PÓS-PARTO PATERNA**

**SABRINA KOCH**

ORIENTADOR: Prof(a). Dr(a). Adriane Xavier Arteché

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração Cognição Humana

**Porto Alegre  
Dezembro, 2013**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**DISTORÇÕES COGNITIVAS E CONFLITO CONJUGAL NA  
DEPRESSÃO PÓS-PARTO PATERNA**

**SABRINA KOCH**

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriane Xavier Arteche

(orientadora)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Giana Frizzo

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tagma Donelli

**Porto Alegre  
Dezembro, 2013**

## CANÇÃO DO PAPAÍ

*Quem é que antes de dormir  
Vai sempre no quarto  
Me dar um beijinho*

*Quem é que quando eu tenho medo  
Esta sempre ao meu lado  
Não fico sozinho*

*Ele me quer bem  
Ele é genial  
Ele é meu amigo querido  
E é muito legal*

*Quem é que se as vezes precisa  
Me dar uma bronca  
Fica chateado*

*E quem é que sempre me avisa  
Quando vou brincar  
Para tomar cuidado*

*Quem é que quando estou doente  
Me pega no colo  
E me faz um carinho*

*Quem é que fica contente  
Quando vê um dez  
Lá no meu caderninho*

*Ele me quer bem  
Ele é genial  
Ele é meu amigo querido  
E é muito legal*

*Papai, Papai  
Ah, como eu amo você  
Papai, Papai  
Pena que eu tenha que crescer*

*Papai, Papai  
Jure que nunca vai me deixar  
Papai, Papai  
Eu sempre vou te amar*

*(Autor desconhecido)*

## AGRADECIMENTOS

O término desta dissertação é um momento de extrema alegria, pois conquisto mais um sonho em minha vida. Nestes dois anos, muitas pessoas contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal, fica aqui meu singelo agradecimento.

Primeiramente, quero agradecer minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriane Xavier Arteche, meu modelo de professora e modelo de profissional há dez anos, quando foi minha orientadora de Psicodiagnóstico e hoje meu maior modelo do que significa realmente ser uma orientadora. Muito obrigada Adri, sem teu apoio, ajuda e ensinamentos meu trabalho não seria tão bonito. Obrigada por ser minha incentivadora e amiga por todos estes anos, obrigada por acreditar em mim e me dar novas oportunidades de vida. Sou muito grata pelos teus ensinamentos, confiança, lealdade e paciência comigo, espero sinceramente poder repassar um pouco do que me ensinaste aos meus futuros alunos.

Agradeço aos meus pais, Roque e Ingrid, por todo amor, confiança e ensinamentos dedicados a mim sempre. Obrigada por todo sacrifício realizado para que eu pudesse ter oportunidades para estudar, não tenho palavras para agradecer tudo o que vocês fazem por mim, mas agradeço especialmente pelo amor de vocês, este não tem preço.

Mãe, obrigada por me ensinar desde “pequeninha” a importância de me dedicar às coisas que faço, tenho certeza que hoje minhas conquistas se devem ao teu incentivo. Obrigada por estar ao meu lado e me proporcionar uma vida tranquila com tua ajuda. Pai, obrigada por dedicar tanta doçura e amor, tenho certeza que sou uma pessoa de bom coração, graças à tua humildade e honestidade. Agradeço ao meu irmão Tiago, que a seu modo, sempre demonstrou orgulho e confiança em mim e meu trabalho. Mano, obrigada pelo teu carinho. Amo vocês três.

Agradeço também ao Evandro, que sempre esteve disposto a ajudar nas horas difíceis, me incentivando e se orgulhando do meu trabalho. Muito obrigada por tudo, tu és uma pessoa muito importante.

Agradeço todos os casais que participaram da pesquisa, permitindo que eu pudesse entrar em suas casas em um momento tão íntimo, logo após a chegada de um bebê. Agradeço imensamente cada tríade.

Agradeço à Secretaria de Saúde de Frederico Westphalen por me permitirem a realização da pesquisa no município.

Aos membros do GNAT, em especial à Adri Miele, Isa, Paula e Vic, por terem tornado o mestrado muito mais divertido e mostrar que ter amizades verdadeiras neste meio competitivo é possível, se mantermos nossa essência. Meu carinho todo especial à Fabiele que não mediu esforços para ajudar e à Lissia, minha grande amiga de sempre e pra sempre.

Não tenho palavras para agradecer o trabalho, o empenho e a dedicação da minha querida e “fiel escudeira” Helena Zenatti. “Tia Baixinha”, sem a tua ajuda nada disso teria acontecido, foram muito quilômetros percorridos atrás de pais com bebês recém-nascidos, com muitas histórias para contar, obrigada pelas tuas “caronas”, mas obrigada principalmente por deixar eu pegar uma carona na tua vida.

Aos meus sogros Sérgio e Carmen, por toda a atenção e dedicação e principalmente pela confiança e incentivo para o mestrado.

Ao Hospital de Caridade Divina Providência, por permitir o término do mestrado, me liberando para o trabalho e vindas à Porto Alegre.

À Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões, obrigada por terem me capacitado como profissional ética e preocupada com os pacientes. Um agradecimento especial ao curso de Psicologia e à Marisa pelas oportunidades dadas e pelo afeto.

Agradeço à PUCRS, por ter disponibilizado o PRÓ-BOLSAS, permitindo a realização deste sonho e um agradecimento ao PPG por lutar pela qualidade do nosso ensino e da formação adequada.

Agradeço minhas amigas “super especiais” que Porto Alegre me deu, Roberta Bogo, Julia Protas, Mariana Leitão, Ana Caroline Pires e Carol Chequim. A AACD deixou marcas na gente para sempre, muito obrigada por tudo gurias, meus 5 anos em POA foram muito mais alegres com vocês.

Agradeço minhas amigas que se tornaram mães neste período e que me fizeram mergulhar no mundo da gestação e do desenvolvimento infantil. Júlia e Adri, obrigada por dividirem comigo suas experiências mais intensas de maternidade. Fico muito feliz em ter participado de alguma forma da chegada da Antônia e da Cecília. Agora a “titia Sa” aguarda ansiosamente o Bernardo e a Sofia.

Agradeço minhas amigas de infância, por terem tolerado tanto minha falta e entender os meus motivos acadêmicos. GAAPS, amo vocês.

Por fim, agradeço com todo meu amor ao meu namorado Leonardo Zenatti. Leo, obrigada por cada minuto que passa comigo, obrigada por confiar tanto em mim e me apoiar sempre, mesmo quando o restante do mundo dizia que não iria dar certo. Obrigada por fazer

meus dias tão felizes e por ter “me esperado”. Não tenho palavras para agradecer todo o amor e apoio que tu tens comigo. Obrigada por tudo, eu te amo muito.

## RESUMO

A depressão é uma condição médica geral com prevalência variando entre 4% e 10% da população mundial. A depressão pós-parto é uma das formas de manifestação da doença, atingindo tanto mulheres como homens. Entretanto, faltam estudos que abordem a questão da depressão pós-parto paterna. Nesse contexto, o objetivo do estudo foi verificar o efeito da depressão pós-parto paterna na interação pai-bebê, investigando potenciais mediadores (processamento de faces, conflito conjugal e atenção). Para isso, foram realizados dois estudos, um teórico e outro empírico. O estudo teórico realiza uma revisão sistemática sobre a prevalência da depressão pós-parto nos pais e o impacto para o desenvolvimento infantil. Foram encontrados poucos estudos que incluíam os fatores investigados, especialmente para as variáveis interação pai-bebê e as implicações da DPP-P no desenvolvimento infantil. As taxas de prevalência sobre a DPP-P variaram entre 1,2% e 25,5%. O estudo empírico, por sua vez, examinou o efeito da depressão pós-parto paterna na interação pai-bebê. Para isso foi realizada uma pesquisa quantitativa com delineamento transversal entre um grupo clínico e outro controle. Foram investigadas 61 díades pai-bebê, sendo 17 pais com depressão pós-parto e 44 controles. Os resultados confirmaram o efeito da depressão pós-parto na interação pai-bebê. O processamento de faces foi confirmado como um mediador deste efeito.

**Palavras-Chaves:** Depressão pós-parto paterna; Interação pai-bebê; vieses atencionais, processamento de faces.

**Área conforme classificação CNPq:** 7.07.00.00-1 - Psicologia

**Sub-área conforme classificação CNPq:** 0702039 Processos cognitivos e atencionais



## **ABSTRACT**

Depression is a general medical condition with a prevalence ranging between 4 % and 10 %. Postpartum depression is a specific manifestation of the disorder, affecting women and men. However, few studies address the issue of paternal postpartum depression. In this context, the present study aimed to investigate the effect of paternal postpartum depression on father-infant interaction, and the potential mediators effects (face processing, marital conflict and attention). To this end, two studies, one theoretical and one empirical. The theoretical study comprises a systematic review of the prevalence of postpartum depression in fathers and the impact on child development. Few studies related to the father-infant were found prevalence rates of paternal postpartum depression ranged between 1.2 % and 25.5 %. The empirical study, in turn, examined the effect of paternal postpartum depression on father- child interaction For this quantitative research design with two was performed. A total of 61 dyads father-infant (17 fathers with postpartum depression and 44 controls). Results confirmed the effect of postpartum depression on father-infant interaction. Face processing was confirmed as a mediator.

**Key-words:** Depression postpartum paternal; father-infant interaction, attentional bias; processing of facial expressions.

**Área conforme classificação CNPq:** 7.07.00.00-1 - Psicologia

**Sub-área conforme classificação CNPq:** 0702039 Processos cognitivos e atencionais

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>9</b>
<b>SUMÁRIO .....</b>	<b>10</b>
<b>RELAÇÃO DE TABELAS .....</b>	<b>11</b>
<b>RELAÇÃO DE FIGURAS .....</b>	<b>12</b>
<b>1. APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. SEÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>30</b>
<b>3. SEÇÃO EMPÍRICA.....</b>	<b>46</b>
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>69</b>
<b>4. ANEXOS.....</b>	<b>70</b>

**RELAÇÃO DE TABELAS**

Tabela 1. Seção teórica - Prevalências de DPP-P.....	37
Tabela 1. Seção empírica - Características demográficas da amostra.....	51
Tabela 2. Efeito da DPP-P na interação pai-bebê.....	55
Tabela 3. Efeito da DPP-P na acurácia do reconhecimento de faces adultas e de bebês.....	56
Tabela 4. Efeito da DPP-P na intensidade de faces adultas e de bebês.....	57
Tabela 5. Correlações entre a interação pai-bebê e a acurácia do processamento de faces.....	58
Tabela 6. Correlações entre a interação pai-bebê e a intensidade do processamento de faces.....	59
Tabela 7. Mediadores do efeito da DPP-P na interação pai-bebê.....	60

## **RELAÇÃO DE FIGURAS**

Figura 1. Fluxograma da Seleção de Artigos .....	35
--	----

## 1. APRESENTAÇÃO

O presente estudo se insere na linha de pesquisa “Alterações cognitivas nos transtornos de humor, maternidade e desenvolvimento infantil” do Grupo de Pesquisa Neurociência Afetiva e Transgeracionalidade (GNAT), Área de Concentração: Cognição Humana, e inclui duas das principais temáticas trabalhadas pelo GNAT: a depressão pós-parto e o processamento de expressões faciais.

A depressão é uma condição médica geral que afeta entre 4-10% da população geral. A prevalência para mulheres está entre 10%-25%, enquanto que para os homens estudos apontam a prevalência entre 5% a 12% (WHO, 2009; Moraes et al., 2006) O cenário atual brasileiro é preocupante, com índices de prevalência para a população geral em torno de 10% (Ruschi et al., 2007; Santos, 1995; Silva et al., 1998; Kessler, et al., 2003; Lima, 1999).

Conforme observado nos estudos epidemiológicos, a depressão pode ocorrer de forma crônica e recorrente, tal fator tem um alto impacto em diversas áreas da vida deste sujeito e conseqüentemente nas relações estabelecidas com outras pessoas (Lima & Fleck, 2009; Fleck et al., 2003). Fleck e colaboradores (2003) elaboraram diretrizes para o tratamento da depressão no Brasil e tais pontuações apontam que quadros depressivos são sub-diagnosticados e sub-tratados no nosso país, fato que possivelmente interfira nos índices de prevalência apontados para o Brasil, sugerindo que estes níveis provavelmente são maiores do que a epidemiologia descreve.

No que diz respeito aos critérios diagnósticos, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição - DSM-IV-TR (APA, 2002), da Associação Psiquiátrica Americana, coloca que a depressão pode se manifestar como episódio depressivo maior e aponta que alterações devem ser vistas em pelo menos cinco dos nove critérios presentes, com duração maior de duas semanas, entre os sintomas estão: humor deprimido, redução do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalia ou culpa inapropriados, redução da concentração e ideias de morte ou de suicídio. Além disso, para o diagnóstico, é necessário que um dos sintomas obrigatoriamente seja humor deprimido ou perda de interesse ou prazer.

A partir dos critérios diagnósticos para depressão, alterações cognitivas são observadas no quadro, entre elas sentimentos de desvalia ou culpa inapropriados e redução da

concentração. Analisando tais sintomas, do ponto de vista cognitivo, Beck e colaboradores (1997), postulam que o sujeito deprimido funciona de forma disfuncional, apresentando distorções cognitivas sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o futuro, com uma visão negativa e persistente, percebendo-se como um sujeito defeituoso e sem atrativos, atribuindo as dificuldades vivenciadas a estas características que acredita ter. Logo, sua visão de futuro também sofre a tendência negativa, pois no momento em que realiza projetos de vida, antecipa o sofrimento, esperando dificuldades, frustrações e privações incessantes.

A partir da evidência de que a depressão é um problema de saúde pública, observamos que diferentes manifestações deste diagnóstico são encontradas. A depressão pós-parto (DPP) é uma das formas mais recorrentes da doença, em um período tão importante do desenvolvimento infantil. A DPP é a complicação médica mais comum entre as mulheres no período reprodutivo e reconhecida como importante condição de causa de morbidade materna (WHO, UNFPA, 2009; Lobato, Moraes & Reichenheim, 2011), por tais motivos pode-se considerar também a depressão pós-parto como um problema de saúde pública, devido ao grande impacto no âmbito familiar, social e especialmente nas implicações deste diagnóstico para desenvolvimento infantil.

No que se refere aos critérios diagnósticos adotados para a depressão pós-parto, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV-TR, 2002), da Associação Psiquiátrica Americana, aponta que normalmente a depressão pós-parto não se diferencia da depressão geral, não diferindo em sintomatologia, onde ocorrem significativas alterações de humor e /ou perda de interesse em atividades diárias mais quatro sintomas associados (alteração do apetite, distúrbios do sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa inadequada, falta de concentração e ideação suicida).

A principal diferença referenciada entre a depressão geral e a depressão pós-parto, é que a DPP tem início após as quatro primeiras semanas do pós-parto e será definido pela persistência dos sintomas no período mínimo de duas semanas, sendo obrigatória a presença de humor depressivo ou anedonia. Cabe ressaltar, que a DPP deve ser diferenciada do período “baby blues”, caracterizado por um curto espaço de tempo, em que a puérpera apresenta emoções voláteis e intensa melancolia, onde o prazer de estar e interagir com pessoas ou atividades anteriormente agradáveis estão diminuídos, bem como sentimentos de baixa auto-eficácia, fragilidade, hiperemotividade, melancolia (não caracterizando o humor deprimido). Tal fenômeno acontece comumente entre o segundo e quinto dia pós-parto e deve perdurar entre 5 e 10 dias, tendo geralmente remissão espontânea (APA, 2002; Sit & Wisner, 2009; Alt & Benetti, 2008, O'Hara, 1997; Souza, Burtet & Busnello, 1997).

Estudo epidemiológicos estimam uma prevalência entre 10 e 20 % de Depressão pós-parto materna (DPP-M), para a população mundial. Da mesma forma como diversas formas de avaliação são utilizadas para diagnosticar depressão geral, para a DPP o uso de diferentes métodos diagnósticos provavelmente influenciem tais variações nos índices apontados, assim como influências econômicas e culturais (Moraes et al., 2006; WHO, UNFPA, 2009; Sit & Wisner, 2009).

O desenvolvimento da depressão pós-parto é de etiologia multifatorial, associado às diversas situações e demandas que a chegada de um novo bebê acarreta. A experiência de nascimento de uma criança é acompanhada de diversos sentimentos de ansiedade e expectativas sendo um momento de grande instabilidade emocional, o que torna as mulheres mais propensas ao desenvolvimento de doenças psiquiátricas neste período (Figueira et al., 2009; Burke, 2003). Neste mesmo contexto, entende-se que fatores genéticos explicam apenas parcialmente a transmissão dos transtornos de humor transgeracionalmente e que grande parte se dá através do ambiente, especialmente no período pós-parto, onde o bebê estabelecerá suas primeiras relações com os pais (Silberg, Maes & Eaves, 2010; Tully, Iacono & McGue, 2008). Tais consequências são especialmente visualizadas no desenvolvimento infantil, estudos apontam o alto impacto negativo para o desenvolvimento dos futuros bebês (Murray, Marwick & Arteche, 2010; Yarrow et al., 1984). Outras pesquisas apontam que o impacto da depressão nos filhos de pais deprimidos é ainda maior quando o pai também está deprimido (Ramchandani, 2003).

A partir desta perspectiva, emerge a importância de estudos voltados para a população masculina, que abordem especificamente a depressão pós-parto, visto que são encontradas poucas publicações que envolvam a depressão pós-parto masculina e o impacto dessa para o desenvolvimento infantil, conforme será discutido no artigo de revisão sistemática deste trabalho. Além disso, considerando as especificidades dos papéis materno e paterno no desenvolvimento infantil, estudos apontam efeitos independentes da DPP paterna, o que será discutido no artigo empírico neste trabalho (Ramchandani, 2011).

A depressão pós-parto nos homens tem sido um assunto negligenciado na literatura nacional e internacional, estudos pioneiros realizados na Inglaterra preocuparam-se em melhor compreender este fenômeno e as implicações para o âmbito familiar (Ramchandani, Stein, Evans & O'Connor, 2005). Sabe-se que o período pós-parto é marcado por acentuadas mudanças no relacionamento conjugal e que os companheiros de mulheres com DPP, se tornam mais susceptíveis a desenvolver quadros clínicos de depressão, o que pode influenciar no surgimento ou aumento de conflitos conjugais contribuindo também para a emergência da

depressão pós-parto nos homens (WHO, UNFPA, 2009; Lobato, Moraes & Reichenheim, 2011; Murray & Cooper, 1997, Mayor-Sotto & Piccinini, 2005).

Estudos de base populacional apontam prevalências entre 3% e 10% (Ballard et al., 1994; Matthey et al., 2000; Ramchandani et al., 2005; Spector, 2006; Schumacher et al., 2008), a discussão sobre a diferença destas taxas novamente se deve aos diferentes critérios adotados para o diagnóstico das amostras. A partir destes dados epidemiológicos, surpreende o fato de que não se realizem trabalhos de prevenção e de políticas públicas que se preocupem com a depressão pós-parto masculina. Por tal motivo, o presente estudo compreende a urgência de novas pesquisas na área e da importância do desenvolvimento de políticas públicas adequadas.

Dentre os poucos estudos relacionados à DPP-P poucos investigam a relação do diagnóstico e dos possíveis problemas que possam ser desenvolvidos na infância. O diagnóstico de depressão nos homens, diferencia-se das mulheres, em seus sintomas, sendo que homens tendem a apresentar e provocar emoções mais negativas aos outros, bem como apresentam mais raiva expressa e irritabilidade do que homens não deprimidos. Pesquisadores referem que os efeitos da DPP-P no desenvolvimento de seu bebê assume características próprias, influenciando na interação pai-bebê e com o surgimento de alterações cognitivas em filhos de pais deprimidos (Madsen & Juhl, 2007; Ramchandani, 2011).

Resultados de pesquisas que avaliaram crianças de 3,5 anos, revelam a associação de problemas emocionais e de comportamento, especialmente em meninos, com o fato do pai ter desenvolvido DPP-P quando eles eram bebês e com possíveis diagnósticos psiquiátricos aos 7 anos de idade. Tais dados foram encontrados independentemente das mães também terem diagnóstico de DPP-M (Ramchandani, et al., 2005; Ramchandani, et al., 2008), justificando a importância de estudos que investiguem os efeitos da depressão pós parto paterna para o desenvolvimento infantil.

A questão do conflito conjugal é outro fator referenciado nos estudos de DPP-P, como aspecto relevante para o desenvolvimento da DPP em ambos os sexos (Murray, 1992; Ramchandani et al., 2005, 2008; Kane & Garber, 2004). A depressão pós-parto em pais tem sido associada a um risco aumentado de desarmonia nos relacionamentos com as parceiras (Ramchandani et al., 2011). Ramchandani e colaboradores, realizaram um estudo objetivando compreender de que maneira a insatisfação conjugal influencia no desenvolvimento da DPP, bem como o impacto desta para o funcionamento intrafamiliar. Ao comparar grupos contrastantes, em que constatou-se que a depressão paterna está associada a um risco



aumentado de desarmonia em relacionamentos com parceiros, relatados por ambas partes do casal, sendo que foi realizado o controle para depressão materna.

Sabe-se que a questão genética é um dos fatores que afeta os filhos de pais deprimidos, porém o ambiente parece ser um fator potencializador do desenvolvimento da doença, de maneira que características são passadas transgeracionalmente. Os conflitos familiares aparecem como sendo característicos de famílias com pais deprimidos e se associaram à depressão em filhos adolescentes, visto que em um ambiente desfavorável, adolescentes que já possuem predisposição genética, possuem risco elevado para o desenvolvimento de transtornos de humor (Fendrich, Warner & Weissman, 1990; Tully, Iacono & McGue, 2008; Hammen, Brennan & Shih, 2004). Tais fundamentações sugerem que pais deprimidos podem criar ambientes que facilitem o risco do desenvolvimento de transtornos de humor em seus filhos e a prevenção em estágios tão precoces da vida, no período pós-parto, seriam uma forma de minimizar os efeitos para o desenvolvimento (Rice, Harold, Shelton & Thapar, 2006).

Outras pesquisas evidenciam que ambientes em que os pais e as mães apresentam DPP estão intimamente relacionados com efeitos adversos para a criança. Pensa-se que um casal convive num contexto em que um dos cônjuges ou ambos experenciam a DPP, as taxas de conflito conjugal são maiores (Hanington, Stein & Ramchandani, 2010; Johnson & Jacob, 1997). É importante ressaltar que o estabelecimento de conflitos conjugais e a qualidade de relacionamento conjugal é estabelecida de forma multifatorial, sofrendo influências de ordem fisiológica de cada parceiro, suas características de personalidade, variáveis sociodemográficas, saúde física do casal e outras psicopatologias (Mossman, Wagner & Feres-Carneiro, 2006; Whisman, 2001; Uebelacker, Courtnage, Whisman, 2003).

Outro ponto importante discutido em estudos (Hanington, Stein & Ramchandani, 2010; Cummings & Davies, 2002) é de que conflitos conjugais estabelecem ligação com problemas cognitivos e emocionais no desenvolvimento infantil, os resultados são bastante consistentes em apoiar a noção de que o conflito conjugal pode explicar, pelo menos em parte, a ligação entre depressão materna e os resultados adversos no desenvolvimento da criança. Visto que estudos apontam a DPP em homens foi relacionada como fator de risco para o desenvolvimento de transtorno de conduta, hiperatividade e problemas emocionais em seus filhos, se torna de fundamental importância realizar estudos que associem conflitos conjugais, depressão pós-parto paterna e riscos para o desenvolvimento infantil já tal questão não é estudada tão profundamente no contexto paterno e se torna uma das hipóteses de investigação deste estudo (Ramchandani et al., 2005, 2008b).

A partir da noção de que alguns processos mediadores atuam na interação dos pais e seus bebês, o estudo se propôs a compreender de que maneira os potenciais mecanismos interferem na díade. Para isso foram avaliados o viés atencional e o processamento de faces dos pais com DPP em comparação com grupo controle. Neste sentido a presente pesquisa se propõe a estudar de que maneira as distorções cognitivas (para atenção e processamento de faces) apresentadas pela depressão pós-parto nos homens, bem como os conflitos conjugais existentes, estão relacionados aos efeitos na relação pai-filho.

Dentre as distorções típicas da depressão que podem ser igualmente responsáveis pela maior vulnerabilidade dos filhos atuando de forma direta ou indireta (via interações pai-filho) como fatores de risco, o viés atencional assume o papel de mediador relevante nos aspectos da interação da díade. A psicologia cognitiva discute que uma das características marcantes de sujeitos deprimidos são as alterações nos vieses cognitivos, como o rebaixamento na atenção, nas funções executivas e na memória (Dalgarrondo, 2000). Há evidências de que pessoas deprimidas utilizam de seletividade atencional, apresentando distorções na percepção do ambiente, com desinteresse pelas informações advindas do meio externo, pois estão voltados para preocupações consigo mesmo e por tal motivo reduzem a capacidade de atenção, não igualmente atentos às mudanças do ambiente (APA, 2002; Rozenthal, Laks & Engelhardt, 2004; Eysenck & Keane, 1994).

Seguindo nesta linha de raciocínio, hipotetiza-se que pais em DPP-P, perceberão de forma falha as informações e sinais de comunicação do bebê, assim o pai possivelmente não poderá ser capaz de selecionar e focalizar alguns componentes expressados pelo filho, interferindo na qualidade da relação pai-bebê. Estudos sobre depressão, com bases cognitivas e neuropsicológicas, afirmam que o diagnóstico traz diversas alterações nas principais conexões cerebrais. No que se refere à área atencional, se discute que a atenção às informações externas e estados de vigília estão suprimidos, em virtude dos sistemas de processamento interno estarem conectados demasiadamente com pensamento e emoções. (Drevets, 2003; Rozenthal, Engelhardt & Laks, 2004; Joormann & Gotlib, 2007).

Desta maneira, pais com DPP poderiam perceber de maneira mais acurada estímulos negativos e se conectariam mais facilmente a eles, com a tendência de perceber uma situação negativa ou neutra como sendo mais negativa do que realmente o ambiente proporciona. Associando tais informações com a depressão pós-parto materna e paterna, entende-se que pais poderão não estar atentos aos comportamentos de seus bebês, fator essencial para uma interação positiva. Além disso, a interpretação distorcida de informações afetivas, tais como

expressões faciais, é outro componente hipotetizado como responsável pelos efeitos da DPP paterna na interação pai-bebê e, conseqüentemente, no desenvolvimento infantil.

Conforme já discutido anteriormente, as distorções cognitivas presentes nos transtornos de humor atuam como mecanismos através dos quais estes transtornos são transmitidos transgeracionalmente. E a partir do entendimento de que o desenvolvimento da interação mãe-bebê ótima está intrinsecamente associado à capacidade da mãe de responder apropriadamente às pistas que o bebê fornece sobre seu estado emocional e, tendo em vista que a maior parte deste conteúdo são expressados de forma não-verbal, faz-se a hipótese de que distorções no processamento de expressões faciais também atuam como mediadores entre o transtorno depressivo materno, em especial se presente no período pós-parto, e subsequentes problemas de desenvolvimento na infância (Murray, Marwick & Arteché, 2010).

Considerando o fato de que o bebê busca interações além do contexto maternal, o papel do pai torna-se importantíssimo para o desenvolvimento infantil, bem como as possíveis intercorrências no período pós-parto, como a depressão, refletem um grande impacto para o estabelecimento de uma interação adequada positiva com seu bebê. Por tal motivo, o presente estudo aponta como questão fundamental a necessidade de que os mecanismos de transmissão transgeracional, tais como processamento de expressões emocionais, sejam esclarecidos.

Mathews e McLeod (2005), referem que o processamento cognitivo de expressões emocionais nos indivíduos deprimidos é caracterizado por falhas de atenção cognitiva que favorecem a informação negativa, bem como distorções no processamento do efeito positivo associados à avaliação negativa da informação emocional ambígua. Partindo do pressuposto de que pais deprimidos utilizam a atenção seletivamente, conectando-se a emoções específicas no reconhecimento das expressões faciais, visto que o sujeito reconhece e maximiza estímulos negativos e ignora ou filtra os positivos estes estariam mais tendenciados a reconhecer faces de tristeza. Assim, compreende-se um indivíduo com deprimido irá estar mais atento para faces tristes (Stein et al., 2010; Gotlib, Krasnoperova, Joorman & Yue, 2004; Joormann & Gotlib, 2007).

A literatura internacional investiga tais formas de processamento de faces em diferentes diagnósticos, como TAG e depressão (especialmente no período pós-parto). Estudiosos investigaram a relação existe entre a DPP e o processamento de emoções em faces de bebês (Arteché et al., 2011; Stein et al., 2010). Resultados apontam que a DPP está associada com dificuldades na capacidade de respostas maternas adequadas ao bebê, mães deprimidas apresentam interpretações distorcidas no processamento de expressões positivas. Bem como, que a DPP pode levar a mãe a ter menor capacidade de responder aos efeitos

positivos do bebê e diminuir a qualidade na interação mãe-bebê (Arteche et al., 2011; Stein et al., 2010, Murray, Marwick & Arteche, 2010; Yarrow et al., 1984). No entanto, estudos que estabeleçam a relação entre a DPP-P e o processamento de faces infantis, não foram encontrados.

No Brasil um projeto pioneiro validou um banco de imagens de expressões faciais incluindo crianças brasileiras (ver instrumentos), sendo que o mesmo foi utilizado como um dos principais instrumentos de avaliação da pesquisa. Observa-se que as hipóteses acerca dos processos envolvidos no efeito da DPP no desenvolvimento infantil perpassam os aspectos cognitivos e relacionais, é possível que a dificuldade em reconhecer expressões faciais em bebês esteja ligada às dificuldades de interação da díade mãe-bebê e/ou pai-bebê. Dentre os aspectos cognitivos destaca-se o papel do viés atencional característico da depressão e da habilidade de reconhecimento de expressões faciais, no que diz respeito aos aspectos relacionais, destaca-se a contribuição da (des) harmonia conjugal.

Desta maneira, esta pesquisa foi realizada a partir da necessidade de discutir o efeito das falhas do processamento de faces em pais deprimidos, sendo um projeto pioneiro e de grande relevância para a saúde emocional e cognitiva do homem e suas implicações para o desenvolvimento infantil. A fim de atingir os objetivos propostos dois estudos foram desenhados e apresentados em dois manuscritos. O primeiro artigo consiste de uma revisão sistemática sobre o tema, a fim de identificar a produção sobre o tema, objetivando uma visão geral do sobre prevalência de depressão pós-parto nos homens e o impacto para o desenvolvimento infantil. Foi realizada uma busca sistemática nas bases indexadoras Scopus, Psycnet e PubMed de artigos publicados em Inglês, Português e Espanhol, entre 1998 e 2013 (junho), usando a sintaxe de pesquisa `child OR baby OR infant] AND [father] AND [depression]`. A pesquisa remeteu 151 artigos, mas apenas dezoito artigos preencheram os critérios de inclusão. Os resultados revelaram que a prevalência de depressão pós-parto em pais variou entre 1,2% e 25,5%. Entre os artigos selecionados, apenas seis investigaram o impacto da depressão pós-parto paterna no desenvolvimento da criança.

O segundo artigo segue um delineamento transversal, quantitativo. O objetivo principal foi investigar o efeito da depressão pós-parto paterna na interação pai-bebê. Além disso, objetivou-se estudar os mecanismos mediadores (processamento de faces, atenção e conflito conjugal) do efeito da depressão pós-parto masculina na interação pai-bebê. Foram investigadas 61 díades pai-bebê (17 pais com depressão pós-parto, 44 controles). Os resultados revelaram que pais com depressão pós-parto apresentaram um pior padrão de interação com seus bebês nas três dimensões avaliadas (responsividade, humor e

sensibilidade); maior dificuldade em reconhecer faces alegres de adultos e de bebês e maior facilidade de faces tristes de adultos; menor concentração e maiores níveis de conflito-agressão conjugal. A dificuldade em reconhecer faces alegres confirmou-se como um mediador do efeito da depressão pós-parto paterna na sensibilidade da interação pai-bebê. Implicações clínicas e sugestões para novos estudos são discutidas.

A partir do problema de pesquisa levantado, de como a DPP impacta o desenvolvimento infantil e de como efeitos mediadores (atenção, processamento de faces e relacionamento conjugal) interferem na interação pai-bebê, surgiram hipóteses para a pesquisa, que foram comprovadas ou refutadas. A hipótese H0 foi refutada em função de predizer que não haveria diferença estatisticamente significativa entre pais com e sem DPP em relação à habilidade de processamento de expressões faciais, nível de conflito conjugal, níveis atencionais e qualidade da interação pais-bebê. A H1 foi considerada aceita, visto que pais com DPP apresentam menor acurácia para algumas emoções e precisaram de mais intensidade para identificar as emoções de seus bebês do que pais sem DPP. A segunda hipótese foi parcialmente aceita, uma vez que pais com DPP refeririam maiores níveis de conflito conjugal do que pais sem DPP em uma escala, mas não em duas outras.

As hipóteses H3 e H4 foram aceitas pelo estudo: H3: pais com DPP apresentaram menores níveis de atenção concentrada do que pais sem DPP; H4: pais com DPP apresentaram interações menos positivas com seus bebês do que pais sem DPP; H5 foi parcialmente confirmada: as dificuldades no processamento de expressões faciais atencional mediaram os efeitos da DPP na qualidade da interação pais-bebê, no entanto, o nível de conflito conjugal e o viés atencional não foram confirmados como mediadores.

Observa-se que o presente estudo avançou o conhecimento acerca dos efeitos da DPP-P na interação pai-bebê. Os dados desta pesquisa sugerem que déficits no processamento de faces parecem atuar como mediadores dos efeitos da DPP-P na interação pai-bebê. Estudos com amostras maiores e que acompanhem o desenvolvimento do bebê são fundamentais para elucidar os impactos a longo prazo da DPP-P.

## Referências

- Alt, M. dos S. & Benetti, S. P. da C. (2008). Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicologia em estudo*, 13(2), 389-394.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSMIV-TR)*. Porto Alegre: ArtMed.
- Arteche, A., Joorman, J., Craske, M., Gotlib, I., Lehtonen, A., Counsell, N., & Stein, A. (2011). The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 197–203.
- Ballard, C.G., Davis, R., Cullen, P.C., Mohan, R.N. & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 782-788.
- Baptista, M. N., Lima, R. F., Capovilla, A. G. S. & Melo, L. L. (2006). Sintomatologia depressiva, atenção sustentada e desempenho escolar em estudantes do ensino médio. *Psicologia Escolar e educacional*, 10(1), 99-108.
- Bates, J. E., Freeland, C. B., & Lounsbury, M. L. (1979). Measurement of infant difficultness. *Child Development*, 50, 794-803.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, F. B. & Emery, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*: Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological corporation.
- Beevers, C., Wells, T., Ellis, A. & Fischer, K. (2009). Identification of emotionally ambiguous interpersonal stimuli among dyphoric and nondysphoric individuals. *Cognitive Therapy Research*, 33, 283–290.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15, 243-255.
- Cambraia, S. V. (2004). *Teste de Atenção Concentrada*. São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica Ltda.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Albuquerque, T., Paes, J. A., Montenegro, A.C. & Sougey, E. B. (2010). Postpartum depression in Recife - Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 1-9.
- Campbell, S. B., & Cohn, J. F. (1997). The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. In L. Murray, & P. J. Cooper (Ed.). *Postpartum depression and child development* (pp. 165 -197). New York: The Guilford Press.

- Cohn, J. F., Campbell, S. B., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, 15-23.
- Cooper, P. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191–195.
- Cooper, P. & Murray, L. (1998). Fortnightly review: Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316, 1884 -1886.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786.
- Cummings, E. M. & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 31–63.
- Cunha, J. C. (2001). Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dalgalarondo, P. (2000). A atenção e suas alterações. In P. Dalgalarondo (Ed). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais* (pp. 71-73). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, 31, 345-353.
- Drevets, W.C. (2003). Neuroimaging abnormalities in the amygdala in mood disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 985, 420-444.
- Edmondson, O. J., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, H. & Ramchandani, P. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, 125, 365-368.
- Engelhardt, E., Rozenhal, M. & Laks, J. (1996). Neuropsicologia VIII – Atenção. Aspectos neuropsicológicos. *Revista Brasileira de Neurologia*, 32, 101–106.
- Eysenck, M. W. & Keane, M. T. (1994). *Psicologia cognitiva: um manual introdutório*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fendrich, M., Warner, V. & Weissman, N. M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*, 26, 40-45.
- Field, T. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, 527-532.

- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E., & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Figueira, P., Correa, H., Malloy-Diniz, L. & Romano-Silva, M. A (2009). Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. *Revista de Saúde Pública*, 43(suppl 1), 79-84.
- Fleck, M.P.; Lafer, B.; Sougey, E.B.; Del Porto, J.A.; Brasil, M.A.; Juruena, M.F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25(2), 114-122.
- Frizzo, G. B., Prado, L. C., Linares, J. L. & Piccinini, C. A. (2010). Depressão pós parto: evidências a partir de dois casos clínicos. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 23(1), 46-55.
- Gonçalves, D. M. & Kapczinski, F. (2008). Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para programa saúde da família em Santa Cruz do Sul. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2043-2053.
- Goodman, J .H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26–35.
- Goodman, S.H., & Brumley, H.E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology*, 26, 31–39.
- Gotlib, I., Krasnoperova, E., Joorman, J., & Yue, D. (2004). Attentional bias for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 127–135.
- Gunning, M. & Murray, L. (2002). *The global ratings of mother-infant interaction at 2 and 4 months*. In: World Association for Infant Mental Health, Amsterdam, Netherlands. (Unpublished).
- Hammen, C., Brennan, P. A. & Shih, J. H. (2004). Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and nondepressed women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 994-1002.
- Hanington, L., Ramchandani, P. & Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 88-95.
- Johnson, S. L. & Jacob, T. (1997) Marital interactions of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 15–23.
- Joormann, J., & Gotlib, I.H. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 80–85.



- Kane, P. & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24, 339–360.
- Kessler, R.C.; Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Koretz, D.; Merikangas, K.R.; Rush, A.J.; Walters, E.E.; Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *The journal of the American Medical Association*, 289 (23), 3095-3105.
- Leahy-Warren, P, McCarthy, G. & Corcoran, P. (2011). Postnatal Depression in First-Time Mothers: Prevalence and Relationships Between Functional and Structural Social Support at 6 and 12 Weeks Postpartum. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(3), 174–184.
- Lima, A. F. B. da S. & Fleck, M. P. de A. (2009). Qualidade de Vida e Depressão: Uma revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 31(3)supl., 1-12.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1-5.
- Lobato, G., Moraes, C. & Reichenheim, M. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista brasileira de saúde materno infantil*, 11(4), 369-379.
- Madsen, S. A. & Juhl, T. (2007). Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *International Journal of Men's Health*, 4, 26-31.
- Malloy-Diniz, L. F., Schlottfeldt, C. G., Figueira, P., Neves, F. & Corrêa, H. (2010). Escala de depressão pós-parto de Edimburgo: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (3), 316-318.
- Mathews, A. & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167–195.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J. & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75-85.
- Mayor-Sotto, I. M. B. de, Piccinini, C. A. (2005). Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico*, 36(2), 135-148.
- Menezes, C. C. & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para parentalidade: Gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12, 83-93.
- 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 de Saúde Pública*, 40, 65-70.
- Mosmann, C., Wagner, A. & Feres-Carneiro, T. (2006). Qualidade conjugal: mapeando conceitos. *Paidéia*, 16 (35), 315-325.

- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33(3), 543-561.
- Murray, L., Cooper, P. J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, 27(2), 253-260.
- Murray, L., Cooper P, Creswell C, Schofield E, Sack C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal Child Psychology Psychiatry*; 48: 45–52.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother – infant interactions and later outcome. *Child Development*, 67, 2512 – 2526.
- Murray, L., Marwick, H., Arteche, A. (2010). Sadness in mothers' `baby-talk predicts affective disorder in adolescent offspring. *Infant Behavior & Development*, 33, 361 - 364.
- O'Hara, F. (1997). The nature of postpartum depression. In: Cooper, P. & Murray, L. *Postpartum depression and child development* (3-31). New York: Guilford.
- Paulson, J.F. & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *The journal of the American Medical Association*, 303(19), 1961-1969.
- Pelaez-Nogueras, M., Field, T., Cigales, M., Gonzalez, A. & Clasky, S. (1995). Infants of depressed mothers show less “depressed” behavior with their nursery teachers. *Infant Mental Health Journal*, 15, 358-367.
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E. & Lodder, A. (2011). Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, 28(6), 471-477.
- Ramchandani, P.G., Stein, A., Evans, J. & O'Connor, T.G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, 365, 2201-2205.
- Ramchandani, P., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L & Evans, J. (2008). Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: A Population Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4),390–398. 21.
- Ramchandani, P., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L. & Stein, A. (2008b). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 49(10), 1069-1078.

- Rice, F., Harold, G.T., Shelton, K.H. & Thapar, A. (2006). Family conflict interacts with genetic liability in predicting childhood and adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 841–848.
- Rombaldi, A. J.; Silva, M. C. da; Gazalle, F. K.; Azevedo, M. R.; Hallal, P. C. (2010). Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista brasileira de epidemiologia*, 13(4), 620-629.
- Rozenhal, M., Engelhardt, E., & Laks, J. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26 (2), 204-212.
- Santos, I. et al. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Caderno de Saúde Pública*, 23(11), 2577-2588.
- Santos, M. F. S., Martins, F. C. & Pasquali, L. (1999). Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: um estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26, 32-40.
- Schumacher, M., Zubarán, C. & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth*, 2008, 21:65-70.
- Schwengber, D. D., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.
- Sévigny, M. C., Everett, J., & Grondin, S. (2003). Depression, attention and time estimation. *Brain and Cognition*, 53, 351-353.
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., & Andrews, J. (1997). Family support and conflict: prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 333–344.
- Silberg, J.L., Maes, H., & Eaves L.J. (2010). Genetic and environmental influences on the transmission of parental depression to children's depression and conduct disturbance: an extended Children of Twins study. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 51, 734-744.
- Silva, M. R. & Piccinini, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. *Estudos em psicologia*, 14 (1), 5-12.
- Silva, V. A., Santos, A. R. M., Carvalho, M. S., Martins M. L. P. & Teixeira, N. A. (1998). Prenatal and postnatal depression among low-income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 31(6), 799-804.
- Sisto, F. F., Noronha, A. P. P., Lamounier, R., Rueda, F. J. M. & Bartholoemu, D. (2006). *Teste de Atenção Sustentada*. São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica Ltda.

- Sit, D.K. & Wisner, K.L. (2009). Identification of postpartum depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52, 456-468.
- Souza, C. A., Burtet, C. M. & Busnello, E. A. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. *Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia*, 17(1), 38-47.
- Spector, A. (2006). Fatherhood and depression: a review of risks, effects, and clinical application. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 867-883.
- Stein, M. (2001). Selective affective response to a parent in a 6-month-old infant. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 8-14.
- Stein, A., Arteché, A., Lehtonen, A., Craske, M., Harvey, A., Counsell, N., & Murray, L. (2010). Interpretation of infant facial expressions in the context of maternal postnatal depression. *Infant Behavior & Development*, in press.
- Tannous, L., Gigante, L. P., Fuchs, S. C. & Busnello, E. D. (2008). Postnatal depression in southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *Biomedcentral Psychiatry*, 8, 1-8.
- Tokumar, R. S., Zortea, T. C., Howat-Rodrigues, A. B. C. & Andrade, A. L. (2011). Diferenças no investimento materno em função de variáveis socioambientais. *Estudos em Psicologia*, 16(1), 49-55.
- Tully, E.C., Iacono, W.G. & McGue, M. (2008). An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *Am J Psychiatry*, 165, 1148-1154.
- Uebelacker, L. A., Courtnage, E. S. & Whisman, M. A. (2003). Correlates of depression and marital dissatisfaction: Perceptions of marital communication style. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 757-769.
- Vasconcellos, S. J. L., Jungbluth, A. & Salvador-Silva, R. (2009). *Elaboração de um software para avaliar a percepção das emoções expressas pela face*. IV Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica. Apresentação de Pôster.
- Zavaschi, M. L. S.; Satler, F.; Poester, D.; Vargas, C. F.; Piazenski, R.; Rohde, L. A. P.; Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 189-195.
- Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. In S. R. H. Beach (Ed). *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 3-24). Washington: APA.

- World Health Organization, UNFPA (2000). *Mental health: depression*. Geneva: WHO Press.  
Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)>.
- World Health Organization, UNFPA (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*. Geneva: WHO Press.
- Yarrow, L. J., MacTurk, R. H., Vietze, P. M., McCarthy, M. E., Klein, R. P. & McQuinston, S. (1984). Development course of parental stimulation and its relationship to mastery motivation during infancy. *Developmental Psychology*, 20, 492-503.

## 2. SEÇÃO 1 – ARTIGO DE REVISÃO

Depressão pós-parto paterna e o impacto no desenvolvimento infantil: Uma Revisão Sistemática

Sabrina Koch

Adriane Arteche

### Resumo

Este artigo consiste em uma revisão sistemática da literatura e tem como objetivo fornecer uma visão geral do sobre prevalência de depressão pós-parto nos homens e o impacto para o desenvolvimento infantil. Foi realizada uma busca sistemática nas bases indexadoras Scopus, Psycnet e PubMed de artigos publicados em Inglês, Português e Espanhol, entre 1998 e 2013 (junho), usando a sintaxe de pesquisa child OR baby OR infant] AND [father] AND [depression]. A pesquisa remeteu 151 artigos, mas apenas dezoito artigos preencheram os critérios de inclusão. Os resultados revelaram que a prevalência de depressão pós-parto em pais variou entre 1,2% e 25,5%. Entre os artigos selecionados, apenas seis investigaram o impacto da depressão pós-parto paterna no desenvolvimento da criança.

Palavras-chave: depressão pós-parto; pai; desenvolvimento infantil; bebê

### Abstract

This paper consists of a systematic literature search and aims to provide an overview of publications on lifetime prevalence of depression postnatal in men and the impact of paternal postpartum on child development. We performed a systematic Scopus, Psycnet e PubMed search for papers published in English, Portuguese and Spanish between 1998 and 2013 (june), using the research string “[child OR baby OR infant] AND [father] AND [depression]”. The search returned 151 articles, but only eighteen papers met inclusion criteria. Results revealed the prevalence of depression postnatal in fathers ranged between 1,2% e 25,5%. Among the selected articles only six investigated the impact of postpartum depression paternal on child development.

Key-words: postpartum depression; father; child development; infant

### Introdução

A depressão pós-parto (DPP) é um tema recorrente no contexto de saúde pública especialmente em função dos prejuízos desta para a saúde da mulher, bem como pelas repercussões negativas da DPP para a criança e para as relações familiares (WHO, UNFPA, 2009; Lobato, Moraes & Reichenheim, 2011). Ainda que a maior parte das pesquisas e intervenções vise o público feminino, o parto e o pós-parto são associados também a necessidade ajustes no relacionamento conjugal. Tal cenário pode contribuir para o

aparecimento ou aumento de conflitos conjugais que por sua vez estão também associados à emergência da depressão pós-parto nos pais (Mayor-Sotto & Piccinini, 2005). Murray e Cooper (1997) destacam, ainda, que os cônjuges de mulheres com depressão pós-parto são também mais susceptíveis a desenvolver quadros clínicos de depressão.

Estimativas apontam que a incidência de depressão paterna durante o intervalo do primeiro ano pós-parto fique entre 1,2 e 25,5%, em amostras comunitárias, sendo que estas taxas são mais altas quando há o diagnóstico de depressão pós-parto em suas companheiras (Goodman, 2004). Contudo, estudos com amostras maiores apontam taxas entre 3% e 10% (Ballard et al., 1994; Matthey et al., 2000; Ramchandani et al., 2005; Spector, 2006; Schumacher et al., 2008), tal diferença nas taxas pode ser explicada pelos métodos diagnósticos diferenciados para avaliar as amostras. Apesar da alta prevalência, a depressão pós-parto nos pais (DPP-P) tem sido consideravelmente menos estudada do que a DPP materna e os primeiros estudos sistemáticos sobre o tema datam da última década e foram realizados na Inglaterra (Ramchandani, Stein, Evans & O'Connor, 2005).

A ausência de pesquisas sobre a DPP-P acompanha a lacuna no que se refere à compreensão do papel do pai no desenvolvimento infantil da primeira infância (Ramchandani et al., 2013) e que só recentemente tem sido suprido. No Brasil a produção ainda é incipiente tanto no que se refere ao papel do pai no desenvolvimento infantil em geral quanto em relação à DPP-P. Alguns estudos nacionais abordam a questão da parentalidade no contexto da depressão pós-parto materna, mas não explicitam os aspectos cognitivos e transgeracionais do transtorno, sem explorar as especificidades da DPP-P - independentemente da DPP materna (Schwengber & Piccinini, 2003; Silva & Piccinini, 2009).

Dentre as pesquisas já realizadas que enfatizam as singularidades do papel paterno no desenvolvimento infantil na primeira infância alguns estudos propõem que existem diferenças na maneira como os pais e mães interagem com seus bebês (Lewis & Lamb, 2003), sendo que os pais possuem uma tendência a utilizar o tempo que estão com os filhos interagindo com brincadeiras/jogos, com maior estimulação física e com mais imprevisibilidade do que as mães. Assim, os pais contribuem para algumas formas específicas de repertório comportamental no desenvolvimento das crianças, incluindo àquelas associadas a problemas de comportamento (Ramchandani, Stein, Evans, & O'Connor, 2005; Ramchandani et al., 2013).

Em relação à DPP-P e as repercussões para o desenvolvimento infantil, resultados apontam que tal fato está intimamente associado com um risco aumentado da criança

desenvolver dificuldades emocionais, cognitivas e comportamentais (Paulson & Bazemore, 2010, Murray & Cooper, 1997; Ramchandani, et al., 2008, Ballard et al, 1994; Matthey et al., 2000; Ramchandani et al, 2005; Spector, 2006 & Schumacher et al, 2008). Tais efeitos da DPP-P no desenvolvimento infantil têm sido relatados como independentes da DPP materna, o que pode ser particularmente importante visto que a DPP impacta a criança em um momento particularmente sensível e determinante para o seu desenvolvimento (Ramchandani, et al., 2011).

A DPP-P tende a se mostrar de maneira diferencial às mulheres, sendo que homens possuem a tendência a expressar e provocar emoções mais negativas na interação com as parceiras, e em momentos de estresse tais questões são mais facilmente desengatilhadas. Assim, sintomas como irritabilidade, rigidez afetiva, auto-crítica, uso e abuso de álcool e drogas e raiva são sintomas mais frequentemente observados nos homens com depressão, diferentemente das mulheres, que tendem a tornarem-se mais melancólicas (Madsen & Juhl, 2007; Cochran & Rabinowitz, 2000; Piccinelli & Wilkinson, 2000). Por tais motivos, os efeitos da DPP-P no desenvolvimento infantil também assumem características próprias, interferindo na capacidade de fornecer parentalidade sensível e risco aumentado de problemas comportamentais e emocionais em crianças por volta dos 3,5 anos de idade (Ramchandani, et al., 2005).

Um estudo aponta que devido a pouca qualidade e sensibilidade dos pais durante o primeiro ano de vida de uma criança, sugere-se que possam existir efeitos persistentes no desenvolvimento infantil, especialmente no comportamento das crianças. (Ramchandani, et al., 2011). Em um grande estudo de base populacional realizado por Ramchandani e outros colaboradores (2005), foram avaliadas a presença de sintomas depressivos em 13351 mães e 12884 pais, após oito semanas do nascimento do bebê, a partir da EPDS. Os pais desta amostra foram reavaliados em 21 meses, quando seus filhos já tinham 3,5 anos de idade, onde foi aplicado a escalas pré-escolares revisadas por Rutter. Os resultados apontaram uma associação significativa entre DPP-P e as consequências adversas no desenvolvimento das crianças, com riscos de problemas comportamentais e emocionais nos filhos de 3,5 anos, especialmente se constatou maior risco de problemas de conduta em meninos. Tais efeitos foram mantidos mesmo após controle para depressão-materna, o que corrobora a hipótese de que a depressão paterna tem efeitos específicos e independentes da DPP materna.

Estudos apontam que a sensibilidade e responsividade do pai nas interações com seus filhos atuam como mediadores dos efeitos da DPP-P no desenvolvimento emocional e



cognitivo infantil. Pais mais envolvidos afetivamente com seus filhos possuem relações mais consistentes com os mesmos, permitindo que a criança aprenda a administrar de forma mais segura suas dificuldades emocionais e desenvolvendo estratégias positivas para lidar com seus conflitos e dificuldades. Assim, a sensibilidade paternal prevê melhores resultados comportamentais e emocionais para as crianças mais tarde em seu desenvolvimento (Grossman et al., 2002; Trautman–Villalba, Gschwendt, Schmidt & Laucht, 2006).

No que se refere a uma relação menos responsiva entre pai e filho, Amato e Riveira (1999), discutem que baixos níveis de envolvimento paterno podem refletir um envolvimento menos confiante, tornando-os pais potencialmente inconsistentes em seus comportamentos com a criança, ora sendo permissivos, ora duros/severos. Assim, as crianças podem ter de trabalhar mais para atrair a atenção do pai, incluindo comportamentos de oposição, resultando em padrões negativos na interação da díade e, conseqüentemente, um risco crescente de problemas de comportamento. A partir destas considerações, hipotetiza-se que pais que estejam vivenciando a DPP-P terão menor responsividade/afetividade com seu bebê o que, por sua vez, apresenta repercussões negativas para o desenvolvimento infantil (Ramchandani, 2013).

A questão da desarmonia entre o casal é outro aspecto relevante para o desenvolvimento da depressão pós-parto. A depressão pós-parto em pais tem sido associada a um risco aumentado de desarmonia nos relacionamentos com as parceiras (Ramchandani et al., 2011), relatados por ambas partes do casal, com controle para depressão materna, reiterando questões específicas da DPP-P (Murray, 1992; Ramchandani et al., 2005, 2008; Kane & Garber, 2004).

No que se refere há formas adequadas de avaliação da DPP, estudos utilizam grande diversidade de medidas a fim de triar e avaliar a depressão pós-parto em mulheres, porém poucas pesquisas são realizadas no contexto paterno. Estudos apontam que uma das escalas de maior confiabilidade para medir DPP é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (The Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS), pois evita que o diagnóstico da depressão seja feito com base apenas em sintomas biológicos, tais como perturbações do sono e mudanças no apetite perda de peso, que podem estar naturalmente alterados nesta fase inicial da família em adaptação com seu bebê, em função da condição pós-parto (Cox et al., 1987; Edmondson, et al., 2010).

Frente à lacuna de corpo teórico consolidado sobre a DPP-P, esta revisão sistemática buscou identificar e caracterizar estudos que abordem especificamente o tema da DPP-P. As

seguintes questões nortearam o estudo: 1) Quantos estudos entre os anos 1998 e 2013 investigaram a depressão pós-parto em homens? 2) Quais os principais instrumentos utilizados para avaliar a DPP em homens? 3) Quais os principais achados em relação a prevalência de DPP-P? 3) Quais os principais achados em relação ao impacto da depressão pós-parto paterna no desenvolvimento cognitivo e emocional infantil?

## Método

Foram pesquisados estudos empíricos dos últimos 15 anos, entre março de 1998 e junho de 2013, que investigaram a DPP-P. Para a pesquisa foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scopus, Psycnet e PubMed, bases indexadoras de publicações médicas e de áreas relacionadas. Os descritores selecionados para a revisão foram crianças, bebês, pais e depressão, resultando na sintaxe: [child OR baby OR infant] AND [father] AND [depression]. Foram critérios de inclusão: a) artigos empíricos ou epidemiológicos publicados em inglês, português ou espanhol; b) estudos empíricos que tiveram com variável dependente o desenvolvimento cognitivo e/ou emocional do filho e variável independente a DPP-P; c) estudos epidemiológicos acerca da prevalência da DPP-P.

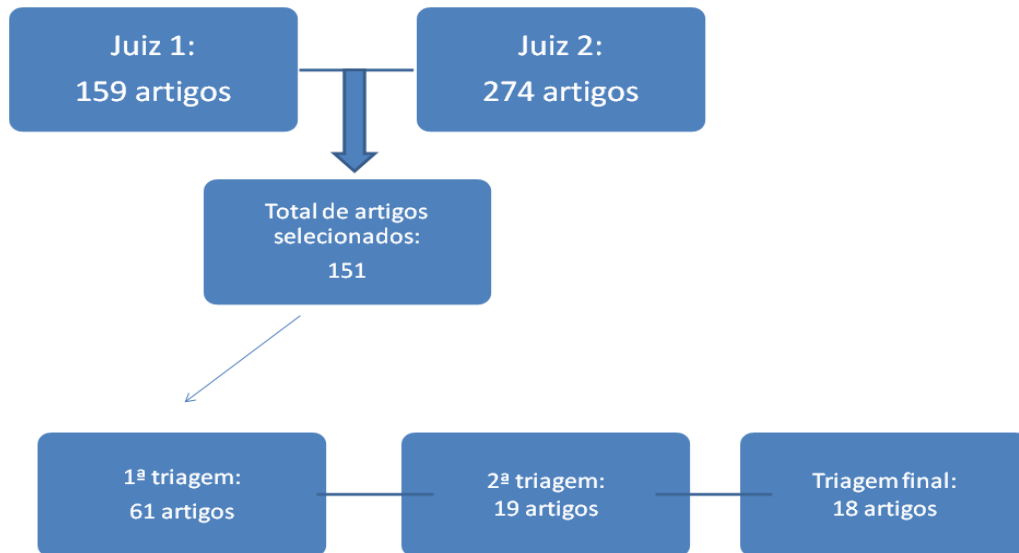
A análise dos abstracts foi realizada por dois juízes independentes, em julgamento duplo cego. Após consenso entre os mesmos, foram realizadas as análises dos estudos em que houve discordância de inclusão e exclusão. Como critérios de exclusão foram considerados: a) artigos de revisão; b) amostras cujos participantes não vivem em relação conjugal; c) amostras em que a depressão paterna tenha sido avaliada retrospectivamente, ou seja, quando os filhos tinham >12 meses; d) amostras cujos pais eram adolescentes; e) estudos de efetividade clínica e/ou de intervenções psicoeducativas.

Inicialmente foram realizadas pesquisas nas bases indexadoras em que foram encontrados para a sintaxe [father and child and depression] 1290 artigos no Scopus; 760 artigos no Pubmed e 522 artigos no Psychnet. Para a sintaxe [father and infant and depression], encontrou-se 280 artigos no Scopus, 222 no Pubmed e 24 no Psychnet; já para a sintaxe [father and baby and depression] foram localizados 69 artigos na base Scopus, 47 no Pubmed e 39 no Psychnet.

Após a análise dos títulos e da leitura inicial dos resumos pelas juízas 151 artigos foram selecionados. Foi então realizada uma segunda análise criteriosa dos abstracts, resultando em 61 artigos para leitura completa. Após análise do método e levando em

consideração os critérios de exclusão, foram selecionados 19 artigos que preencheram os critérios de inclusão. Um (1) artigo foi descartado em função de não estar disponível. Assim, ao final da seleção resultaram 18 artigos para a revisão, estes foram lidos e analisados na íntegra. A Figura 1 apresenta o fluxograma da seleção dos estudos.

Figura 1. Fluxograma da Seleção de Artigos



## Resultados

De um total de 18 artigos selecionados sobre estudos de depressão pós-parto em homens, observou-se que entre os principais instrumentos utilizados nas pesquisas estavam a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (The Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS), utilizada por 15 dos 18 artigos pesquisados; dois (2) estudos utilizaram como medida de temperamento infantil o questionário de características infantis (Infant Characteristic Questionnaire - ICQ), com destaque para o delineamento longitudinal dos estudos; quatro (4) estudos apresentaram a SCID como instrumento para rastreamento de depressão e outras psicopatologias; a escala DAS, de ajustamento conjugal foi encontrada em quatro (4) artigos; as escalas Beck de depressão (BDI) foram utilizadas em duas (2) pesquisas; em três (3) artigos encontrou-se o SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), uma escala de rastreamento de psicopatologias na infância e dois (2) estudos utilizaram a escala de aptidões sociais para crianças e adolescentes (The Development and Well-Being Assessment - DAWBA).

Observa-se de maneira geral que a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo, é o principal instrumento de avaliação específico para a depressão pós-parto e aplicável na população masculina. Entende-se que o uso da EPDS auxilia no diagnóstico da depressão pós-parto, em função de sua estrutura contemplar questões que não envolvam sintomas de ordem biológica e fisiológica. Aponta-se também que o uso da SCID, aparece como uma escala amplamente utilizada, provavelmente pela sua estrutura ser baseada nos critérios do DSM-IV, logo uma ferramenta de diagnóstico adequada. No que se refere ao uso das escala DAS de avaliação conjugal, entende-se que é muito utilizada, por avaliar diversas dimensões do relacionamento conjugal.

Ainda nos resultados, percebeu-se que a maioria dos artigos, foi realizada na Inglaterra, totalizando sete estudos, sempre parte da equipe do Dr. Paul Ramchandani. Em segundo lugar, a Suécia aparece como país pesquisador sobre o tema, publicando quatro estudos. Os demais estudos estiveram distribuídos em: duas pesquisas na Austrália, duas nos EUA, uma no Canadá, uma na Turquia e uma na China.

No que se refere à prevalência da depressão pós-parto paterna, há uma discrepância de resultados apontados, com estimativas entre 1,2% e 25,5%, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Prevalências de DPP-P

Artigos	Amostra (n)	País de origem	Delineamentos	Instrumentos	Prevalências DPP em pais
1. Kerstis, B., Engström, G., Edlund, B. & Aarts, C.  <i>Scandinavian Journal of Public Health, 41, 2013</i>	396	Suécia	Transversal	EPDS; ICQ; SOC	8,7%
2. Sethna, V., Murray, L. & Ramchandani, P.  <i>Psychological Medicine, 13, 2012</i>	Grupo clínico= 19  Grupo controle=19	Inglaterra	Tranversal Estudo de comparação de grupos	EPDS; SCID; The Paternal-Cognitive Attributions and Mentalizing Scale; The Global Rating Scales for Mother– Infant Interaction e Avaliação do discurso dos pais	Não apontou prevalências do próprio estudo
3. Field, T. M., Hossain, Z. & Malphurs, J.  <i>Infant Mental Health Journal, 20(3),1999.</i>	80	EUA	Transversal Estudo comparação de grupos	BDI; IRS e Interaction Rating Scale	Sem dados sobre prevalência.
4. Ramchandani, P. G.; et al.  <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47(4), 2008</i>	4792	Inglaterra	Longitudinal (coorte)	EPDS; SDQ; DAWBA	2,88 % (18 semanas de gestação) 2,55 % (bebê com 2meses) 2,32% (bebê com 8 meses) 3,05% (criança com 1 ano 9 meses)
5. Edmonson, O. J.; et al .  <i>Journal of Affective Disorders, 125, 2010</i>	189	Inglaterra	Longitudinal	EPDS; SCID; The Paternal-Cognitive Attributions and Mentalizing Scale; The Global Rating Scales for Mother–Infant Interaction e avaliação do discurso dos pai	10%

6. Gao, L.; Chan, S. C. & Mao, Q. <i>Research in Nursing &amp; Health, 32, 2009</i>	130	China	Estudo comparação de grupos.	EPDS e SSRS	Não aponta prevalência
7. Edoka, I. P.; Petrou, S. & Ramchandani, P. G. <i>Journal of Affective Disorders, 133, 2011</i>	192	Inglaterra	Transversal	EPDS e SCID	16%
8. Massoudi, P.; Hwang, C. P. & Wickberg, B. <i>Journal of Affective Disorders, 149, 2013</i>	262	Suécia	Longitudinal	EPDS; HAD-A; HAD-D e Prime-MD	3,4%
9. Buist, A., Morse, C. A. & Durkin, S. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic, &amp; Neonatal Nursing, 42, 2003</i>	118	Austrália	Longitudinal	EPDS; PANAS; BDI; The State Anger and Anxiety scales; DAS; The Intimate Bonds Questionnaire Masculine Gender Role Stress Scale e The Paternal Postnatal Attachment questionnaire	5,1 % (26 semanas de gestação) 3,6 % (36 semanas de gestação) 3,5 % (1° mês pós-parto) 3,5 % (4° mês pós-parto)
10. Ramchandani, P. G.; Stein, A.; Evans, J. & O'Connor, T. G. <i>Lancet, 365, 2005</i>	12884	Inglaterra	Longitudinal (base populacional)	SDQ e EPDS	65%
11. Ramchandani, P. G. et al. <i>Depression and anxiety, 28, 2011</i>	153	Inglaterra	Transversal (grupos controle)	SCID; EPDS; Antisocial Personality Problems scale from the Adult Self-Report –DSM; AUDIT; DAS e IBQ	12,7%
12. Soliday, E.; et al. <i>American Journal of Orthopsychiatry, 69(1), 1999</i>	21	EUA	Transversal	CES-D; PANAS; DAS- SF; PSI-SF e COPE	25,5%
13. Serhan, N. ; Ege, E.; Ayrancı, U. & Kosgeroglu, N. <i>Journal of Clinical Nursing, 22, 2013</i>	110	Turquia	Transversal	MIF; FIF e EPDS	1,8%

14. Demontigny, F. et al. <i>Journal of Affective Disorders, 150, 2013</i>	205	Canadá	Transversal	EPDS; DAS; Parent Expectations Survey - questionnaire the Parenting Stress Index e Paternal Involvement questionnaire	8,2 %
15. Edhborg, M.; et al. <i>Arch Womens Ment Health, 8, 2005</i>	106	Suécia	Transversal	Blues Questionnaires day 1-5; PBQ , ICQ e EPDS	4,28 % (1º mês) 2,5 % (2º mês)
16. Kerstis, B.; Engström, G.; Sundquist, C.; Widarsson, M. & Rosenblad, A. <i>Upsala Journal of Medical Sciences, 117, 2012</i>	252	Suécia	Transversal	DCS; DAS e EPDS	8,7%
17. Fletcher, R. J.; et al. <i>Medical Journal of Australia, 195, 2011</i>	2620	Austrália	Longitudinal	SDQ e K6	1,3 %
18. Ramchandani, P. G.; (2008) <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49, 2008.</i>	7601	Inglaterra	Longitudinal	EPDS e DAWBA	2,3% (18º semana do pré-natal) 2,2 % ( 2 meses do pós-parto) 1,2% estavam deprimidos em ambas as vezes.

No que se refere aos estudos que abordam o impacto da depressão pós-parto paterna no desenvolvimento cognitivo, emocional, social e comportamental no desenvolvimento infantil, poucos preocuparam-se com a implicação do diagnóstico de depressão do pai para o desenvolvimento de seu filho, conforme os resultados descritos a seguir.

Dentre os principais resultados apresentados nesta revisão, 2 (11,11%) estudos apresentaram resultados que indicavam a associações entre a DPP-P e a percepção negativa do temperamento de seu bebê. Porém, os resultados expostos em ambas pesquisas não preocuparam-se em encontrar quais são os mediadores entre a Depressão pós-parto e o desenvolvimento do bebê. Apenas, apontaram que pais com DPP percebem seus filhos com um temperamento mais difícil do que pais sem o diagnóstico.

No que se refere à pesquisas que investigaram a DPP e suas implicações ao longo do desenvolvimento infantil seis (33,33%) estudos consideram o impacto da depressão pós-parto paterna sobre crianças, identificando os fatores psicossociais associados à depressão pós-parto paterna. Os estudos foram longitudinais e avaliaram como a depressão nos pais no período pós-parto repercute em crianças com idade acima de três anos. Em termos gerais, todos os artigos apontam a associação entre DPP dificuldades comportamentais na criança, transtorno de conduta e outros transtornos psiquiátricos, bem como baixo nível de desenvolvimento emocional, físico, cognitivo, social e de bem-estar.

Um estudo (5,5%) apenas abordou a questão dos déficits na interação pai-bebê, contudo sem analisar nenhum viés cognitivo e a repercussão para o desenvolvimento infantil. Da mesma foram apenas 1 (5,5%) estudo investigou a prevalência de DPP em mães e pais, comparando este grupos, sem entrar na discussão aprofundada da repercussão que tal fato gera ao bebê. Um único resultado relacionado com a interação de pais com depressão em seus filhos, foi de que pais com DPP participam menos dos cuidados com o filho.

Sobre a utilização do método diagnóstico, 2 (11,11%) dos estudos avaliaram o uso da escala EPDS como instrumento principal de diagnóstico da DPP-P. Com resultados indicando o instrumento como eficaz para diagnóstico de depressão maior, mas pouco sensível para diagnosticar depressão menor. Porém nenhum dos dois estudos fazem menção aos possíveis efeitos para a criança. Dois estudos (11,11%) discutiram a importância de políticas públicas adequadas para o cuidados da DPP-P indicando que o desenvolvimento destas políticas de prevenção intervenções adequadas no cuidado da saúde de pais com depressão, teriam baixo custo ao governo se realizados preventivamente. Da mesma forma, afirmaram a importância



da prevenção no pré-natal também para a população masculina, visto que buscaram investigar os fatores que influenciam a transição para paternidade.

Por fim, a questão de conflitos conjugais como fator mediador da DPP é investigado por 3 (16,6%) estudos revelando resultados de que estresse entre o casal no período pré-natal é um preditor de depressão pós-parto para ambos os sexos e discutindo sobre o impacto do conflito conjugal para o desenvolvimento dos bebês.

## Discussão

Os resultados encontrados nesta Revisão Sistemática refletem as publicações de estudos empíricos e epidemiológicos, ocorridos nos últimos 15 anos, que avaliaram a prevalência de DPP em homens. Estudos apontam que uma das escalas de maior confiabilidade, para avaliação adequada do diagnóstico de DPP-P, é a Escala de depressão pós parto de Edimburgo, pois esta evita que o diagnóstico da depressão seja feito com base em sintomas biológicos, tais como perturbações do sono, mudanças no apetite perda de peso, que podem estar naturalmente alterados em mulheres na condição pós-parto (Cox et al., 1987; Edmondson, et al., 2010). Conforme visto nesta revisão, a maioria dos estudos se utiliza desta ferramenta, porém sem utilizar um único ponto de corte, o que pode acarretar em resultados contraditórios nos diversos estudos.

A partir desta consideração, é percebida uma alta discrepância de dados referentes à prevalência da DPP em homens. Conforme revisado, artigos descrevem taxas de 1,2% a 25,5%, possivelmente pelo fato de utilizar diversos instrumentos para avaliação e também pelo fato de pesquisas geralmente serem realizadas em amostras comunitárias (Goodman, 2004). Sugere-se desta maneira, que pesquisadores possam utilizar métodos já utilizados por outros estudos, especialmente os de base populacional, a fim de nivelar tais discordâncias.

O último questionamento realizado nesta revisão referiu-se aos principais achados em relação ao impacto da depressão pós-parto paterna no desenvolvimento cognitivo e emocional infantil. Contudo observou-se que poucos estudos preocuparam-se em investigar ou discutir o quanto a DPP-P pode ser uma fator desencadeador de doenças psiquiátricas na infância e apenas um investigou que fatores poderiam ser mediadores deste impacto no desenvolvimento infantil. Tais resultados sugerem que a pouca preocupação e o pouco conhecimento (poucos estudos) sobre a saúde emocional do homem no período pós-parto e a grande influência deste diagnóstico para o desenvolvimento adequado da criança, são um problema de saúde pública

e que políticas públicas deveriam ser desenvolvidas como forma de prevenção ao risco de transtornos psiquiátricos em crianças.

## Referências

- Amato, P. & Rivera, F. (1999). Paternal involvement and children's behaviour problems. *Journal of Marriage and Family*, 61,375–384.
- Ballard, C.G., Davis, R., Cullen, P.C., Mohan, R.N. & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 782-788.
- Edmonson, O. J.; et al (2010) . Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal: Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, 125, 47(4): 390–398.
- Edoka, I. P.; Petrou, S. & Ramchandani, P. G. (2011). Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders*, 133, 356-360.
- Field, T. M., Hossain, Z. & Malphurs, J. (1999). Depressed" fathers' interactions with their infants. *Infant Mental Health Journal*, 20(3), 322-332.
- Gao, L.; Chan, S. C. & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in Nursing & Health*, 32, 50-58.
- Goodman, J .H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26–35.
- Grossman, K. E., Grossman, K., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Englisch, H., & Zimmerman, P. (2002). The uniqueness of the child-father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development*, 11, 307–331.
- Kerstis, B., Engström, G., Edlund, B. & Aarts, C. (2013). Association between mothers' and fathers' depressive symptoms, sense of coherence and perception of their child's temperament in early parenthood in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41, 233-239.
- Lobato, G., Moraes, C. & Reichenheim, M. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista brasileira de saúde materno infantil*, 11(4), 369-379.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J. & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75-85.
- Mayor-Sotto, I. M. B. de, Piccinini, C. A. (2005). Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico*, 36(2), 135-148.

- Murray, L., Cooper, P. J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, 27(2), 253-260.
- Paulson, J.F. & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *The journal of the American Medical Association*, 303(19), 1961-1969.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry*, 111, 486–492.
- Ramchandani, P.G., Stein, A., Evans, J. & O'Connor, T.G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, 365, 2201-2205.
- Ramchandani, P., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L & Evans, J. (2008). Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: A Population Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4),390–398. 21.
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E. & Lodder, A. (2011). Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, 28(6), 471-477.
- Schumacher, M., Zubaran, C. & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth*, 2008, 21:65-70.
- Schwengber, D. D., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.
- Sethna, V., Murray, L. & Ramchandani, P. (2012). Depressed fathers speech to their 3-month-old infants: A study of cognitive and mentalizing features in paternal speech. *Psychological Medicine*, 13, 1-11.
- Silva, M. R. & Piccinini, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. *Estudos em psicologia*, 14 (1), 5-12. (Lewis & Lamb, 2003
- Spector, A. (2006). Fatherhood and depression: a review of risks, effects, and clinical application. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 867-883.
- Trautman-Villalba, P., Gschwendt, M., Schmidt, M., & Laucht, M. (2006). Father-infant interaction patterns as precursors of children's later externalizing behaviour problems. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 344–349.

World Health Organization, UNFPA (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*. Geneva: WHO Press.

## SECÇÃO 2 – ARTIGO EMPÍRICO

Processamento de expressões faciais e viés atencional como mediadores do efeito da depressão pós-parto masculina na interação pai-bebê

Sabrina Koch

Adriane Arteche

### Resumo

Estima-se que a depressão pós-parto afete entre 1,2 e 25,5% dos homens. Apesar de tal prevalência, grande parte dos estudos acerca da depressão pós-parto centra-se nos aspectos maternos e os marcadores relacionados aos efeitos da depressão masculina no desenvolvimento do bebê tem sido recorrentemente negligenciados por pesquisadores e clínicos. O presente estudo visou suprir esta lacuna através da investigação acerca do efeito da depressão pós-parto paterna na interação pai-bebê, e, em especial, através do estudo acerca dos mecanismos mediadores (processamento de faces, atenção e conflito conjugal) do efeito da depressão pós-parto masculina na interação pai-bebê. Foram investigadas 61 díades pai-bebê (17 pais com depressão pós-parto, 44 controles). Os resultados revelaram que pais com depressão pós-parto apresentaram um pior padrão de interação com seus bebês nas três dimensões avaliadas (responsividade, humor e sensibilidade); maior dificuldade em reconhecer faces alegres de adultos e de bebês e maior facilidade de reconhecer faces tristes de adultos; menor concentração e maiores níveis de conflito-agressão conjugal. A dificuldade em reconhecer faces alegres e a tendência a atribuir maiores níveis de intensidade as faces tristes de adultos confirmou-se como um mediador do efeito da depressão pós-parto paterna na interação pai-bebê. Implicações clínicas e sugestões para novos estudos são discutidas.

Palavras-chave: depressão pós-parto; pai; interação pai-bebê

### Abstract

It is estimated that postpartum depression affects between 1.2 and 25.5% of men. Despite such prevalence, the majority of studies on postpartum depression focuses on maternal aspects and the effects of male depression on infant development have been repeatedly overlooked by researchers and clinicians. The present study aimed to fill this gap through the investigation of the effect of paternal postpartum depression in father-infant interaction. We sought to explore potential mediators (face processing, attention and marital conflict) of male postpartum depression on father- infant interaction. A total of 61 father-infant dyads (17 fathers with postpartum depression, 44 controls) took part in the study. The results revealed that fathers with postpartum depression had a worse pattern of interaction with their babies in the three assessed dimensions (responsiveness, humor and sensitivity); greater difficulty in recognizing happy adult and infant faces and greater facility to recognize sad adult faces, lower concentration and higher levels of marital conflict-aggression. The difficulty in recognizing happy faces and the tendency to attribute greater intensity to sad adult faces was confirmed as a mediator of the effect of paternal postpartum depression on parent-infant interaction. Clinical implications and suggestions for further studies are discussed.

Key-words: postpartum depression, father; father-infant interaction

## Introdução

A depressão é uma condição médica comum, com prevalência variando entre 4% e 10% na população geral independentemente do local do estudo, do instrumento utilizado e dos períodos de tempo para os quais a prevalência se aplica (Rombaldi, Silva, Gazalle, Azevedo & Hallal, 2010; Zavaschiet al., 2002). A frequência mais elevada é observada em mulheres, cujos índices chegam a 10%-25%, enquanto que para os homens as taxas ficam entre 5% a 12%. No Brasil, estudos sugerem que a depressão atinge prevalência de 10% e incidência de 2% na população, confirmando também na população brasileira a alta prevalência deste transtorno (Kessler et al., 2003; Lima, 1999).

Dentre as diferentes manifestações da depressão, a depressão pós-parto (DPP) assume importante destaque e pode ser vista também como problema de saúde pública, devido ao seu impacto no âmbito familiar, social e de seus efeitos no desenvolvimento infantil. A DPP é a complicação médica mais comum entre as mulheres no período reprodutivo e reconhecida como importante condição de causa de morbidade materna (WHO, UNFPA, 2009; Lobato, Moraes & Reichenheim, 2011; Sit & Wisner, 2009). Estudos epidemiológicos registram a prevalência entre 10 e 20 % de DPP, para a população mundial, com variações entre os índices, possivelmente, por uso de diferentes critérios diagnósticos e métodos de mensuração e avaliação, assim como influências econômicas e culturais (Moraes et al., 2006; WHO, UNFPA, 2009; Sit & Wisner, 2009).

Estudos recentes apontam que a DPP está associada a importantes distúrbios no desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças, tendo sido apontada como um problema significativo de saúde pública também no Brasil (Moraes et al., 2006). Field et al. (1988), apontam que crianças filhas de mães deprimidas tem demonstrado comportamento deprimido ao interagir com outros adultos não deprimidos do sexo feminino, o que sugere que os bebês desenvolvem um estilo de humor deprimido. Contrapondo este achado, outro estudo aponta que bebês de mães com DPP respondiam de maneira deprimida à mulheres desconhecidas, mas quando interagiam com mulheres próximas, como suas cuidadoras na creche, apresentavam um padrão melhor de interação e humor do que os bebês de mães não deprimidas (Pelaez-Nogueras, Field, Cigales, Gonzalez & Clasky, 1995).

Grande parte dos estudos acerca da DPP centra-se nos aspectos maternos (Arteche et al., 2011; Murray et al., 2011, Stein et al., 2012; Evans et al., 2012; Arteche & Murray, 2011),

e os aspectos relacionados à saúde mental masculina e às mudanças ocorridas no período pós-parto no homem têm sido recorrentemente negligenciados por pesquisadores e clínicos. Em um estudo de revisão sistemática interessado na pesquisa da incidência de depressão pós-parto paterna (DPP-P) após o nascimento do bebê, apontou estimativas variáveis com índices que flutuam entre 1,2 e 25,5%, em amostras comunitárias (Goodman, 2004). Resultados de um estudo de coorte realizado em base populacional na Inglaterra por Ramchandani e colaboradores (2008), revelaram que no 2º mês de vida do bebê a prevalência de pais com DPP-P é de 2,55% (n=4792) e 3,64% (n=10975). Outro estudo de coorte realizado na Austrália por Matthey e colegas (2000), aponta como prevalência da DPP-P estimativas entre 2,8% e 5,3% dos pais.

Ainda que incipientes, os resultados já obtidos sobre os efeitos da DPP-P no desenvolvimento infantil apontam que tal fato está intimamente associado com um risco aumentado da criança desenvolver dificuldades emocionais, cognitivas e comportamentais (Paulson & Bazemore, 2010; Murray & Cooper, 1997; Ramchandani et al., 2008; Ballard et al., 1994; Matthey et al., 2000; Ramchandani et al., 2005; Spector, 2006; Schumacher et al., 2008). Tais efeitos da DPP-P têm sido relatados como independentes da DPP materna, o que pode ser particularmente importante visto que a DPP-P impacta a criança em um momento particularmente sensível e determinante para o seu desenvolvimento (Ramchandani et al., 2011).

Estudos sobre o efeito da DPP-P na interação pai-bebê são escassos. Em um estudo realizado em 80 casais, resultados apontaram que há diferenças significativas na interação dos pais deprimidos com seus bebês, independentemente da mãe ter DPP (Field, Hossain & Malphurs, 1999). Em outro estudo foi observado diferenças no discurso paterno em relação ao seu bebê, revelando que pais com DPP-P apresentam um discurso voltado para si mesmo e não para o bebê, além de falas mais negativas e críticas ao filho do que pais sem DPP (Sethna, Murray & Ramchandani, 2012).

Estudos com amostras apenas femininas sugerem que as diferenças na interação da mãe e seu bebê, seja uma das rotas através da qual a DPP afeta o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança (Gunning et al., 2004; Cohn, Campbell, Matias & Hopkins, 1990). Dados provenientes também de estudos com mães com DPP indicam ainda que o processamento de expressões faciais e o conflito conjugal atuam como potenciais mediadores do efeito da DPP na qualidade da interação cuidador-bebê. Estudos realizados na Inglaterra investigaram a relação existe entre depressão pós-parto e o processamento de



emoções em faces de bebês e confirmaram que mães com DPP foram mais propensas a identificar rostos felizes com menor precisão e intensidade do que controles (Arteche et al., 2011; Stein et al., 2010). Em mulheres, o conflito conjugal tem sido um importante mecanismo na transmissão transgeracional da depressão (Cummings & Davies, 2002). Em homens, a depressão pós-parto em pais tem sido associada a um risco aumentado de desarmonia nos relacionamentos com as parceiras (Ramchandani et al., 2011), mas não são encontrados estudos acerca do seu papel na interação pai-bebê e no efeito de longo prazo no desenvolvimento infantil.

O papel do viés atencional característico da depressão também é hipotetizado como um potencial mecanismo mediador (Stein et al., 2010; Mathews & MacLeod, 2005). Estudos apontam que sujeitos deprimidos utilizam a atenção seletivamente, conectando-se ao reconhecimento de emoções tristes, sugerindo que o indivíduo deprimido utiliza-se da atenção seletiva, já que reconhece e maximiza estímulos negativos e ignora os positivos, estando mais atento para faces tristes (Stein et al., 2010; Gotlib, Krasnoperova, Joorman & Yue, 2004; Joormann & Gotlib, 2007). Tal estilo de processamento, em uma interação pai-bebê, pode estar associado a níveis mais baixos de responsividade dos pais com seus bebês, fator que, por sua vez, tem um impacto negativo no desenvolvimento infantil (Arteche et al., 2011; Stein et al., 2010, Murray, Marwick & Arteche, 2010; Yarrow et al., 1984).

Assim, partir do desenho de um modelo compreensivo sobre o efeito da depressão pós-parto paterna na interação pai-bebê, o presente estudo buscou investigar de que maneira o processamento de expressões faciais e a atenção atuam como mecanismos mediadores do efeito da depressão pós-parto masculina na interação pai-bebê.

## Método

O presente estudo seguiu um delineamento quantitativo, transversal.

## Participantes

Foram recrutados para a pesquisa 64 casais com filhos recém-nascidos entre duas semanas e 4 meses de vida. Considerou-se como critérios de inclusão: a) pais com idade >18 anos e < 60 anos, b) bebês nascidos a termo (>37 semanas), com peso mínimo de 2,0kg e sem problemas de saúde. Das 64 tríades (pai-mãe-bebê), que preencheram os critérios de inclusão para participar do estudo, houve a perda de três tríades participantes. Em dois casos a

filmagem do bebê não foi possível ser realizada e em um caso a avaliação objetiva não foi realizada.

Assim, a amostra reportada no presente artigo se refere a 61 tríades. Um total de 17 homens e 17 mulheres (27,9%) preencheram os critérios diagnósticos para DPP. Foram incluídos no grupo de DPP-P pais que fecharam critérios de depressão da SCID e/ou BDI ( $\geq 15$  pontos) + EPDS ( $\geq 10$  pontos). Apenas em quatro casos tanto o pai quanto a mãe preencheram critério diagnóstico para DPP. Pais com DPP-P foram um pouco mais velhos do que pais controles [DPP  $M = 35,12$  anos ( $dp = 5,4$ ), controles  $M = 31,82$  anos ( $dp = 4,51$ );  $F(1, 59) = 5.88$ ,  $p = .02$ ,  $\eta^2 = .09$ ], mas não houve diferença na renda média dos participantes [DPP  $M = R\$3458,82$  ( $dp = 4659,00$ ) controle  $M = R\$4162,54$  ( $dp = 4383,00$ );  $F(1, 59) = 0.30$ ,  $p = .58$ ,  $\eta^2 = .005$ ]. Dentre os 61 pais participantes, 20 (32,8%) tinham um histórico de depressão no passado, sendo que a maior parte dos pais com DPP-P já tinha apresentado episódio(s) depressivo(s) no passado, enquanto apenas 9,1% dos controles reportaram tal vivência. A maior parte dos bebês (65,6%) era primeiro filho de ambos os pais. A média da idade dos bebês foi de 2,44 meses ( $dp = 0,97$ ).

Os resultados apresentados neste artigo referem-se aos 17 pais com DPP-P e aos 44 controles e seus bebês. A Tabela 1 apresenta as características demográficas da amostra. Um número significativamente maior de pais com DPP-P tinha filhos do sexo masculino e os bebês dos pais com DPP-P eram significativamente mais novos (até 2 meses de vida), além dos pais do grupo clínico apresentarem também pontuação moderada/grave no BAI.

Tabela 1. *Características demográficas da amostra*

		DPP (n=17)	Controles (n=44)	X <sup>2</sup>	p
<b>DADOS DO PAI</b>					
Escolaridade	Até Ens. Médio	9(52,9%)	21 (47,7%)	0,13	.71
	Ens. Superior e/ou Pós-graduação	8(47,1%)	23 (52,3%)		
Ocupação	Empregado	16 (94,1%)	44 (100%)	2,63	.10
	Não Empregado	1 (5,9%)	0 (0%)		
Depressão Passada	Sim	16 (94,1%)	4 (9,1%)	46,19	<.0001
	Não	1 (5,9%)	40 (90,9%)		
Ansiedade	Sim	4 (23,5%)	2 (4,5%)	12,84	.005
	Não	13 (76,5%)	42 (95,5%)		
<b>DADOS DO BEBÊ</b>					
Sexo do Bebê	Masculino	14 (82,4%)	22 (50%)	5,30	.02
	Feminino	3 (17,6%)	22 (50%)		
Idade do bebê	1-2 meses	11 (64,7%)	20 (45,5%)	9,46	.02
	3-4 meses	6 (35,3%)	24 (54,5%)		
Primíparo	Sim	9(52,9%)	31 (70,5%)	2,42	.30
	Não	8(47,1%)	13 (29,5%)		

## Instrumentos

*Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV-TR (SCID – Módulo de Depressão; First et al., 1997):* A SCID é uma entrevista semi-estruturada elaborada para realizar os principais diagnósticos do EIXO I do DSM-IV. Para a SCID tem-se verificado um alto nível de confiabilidade (Zanarini et al., 2000) e validade (Basco et al., 2000).

*Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987):* Consiste em 10 itens preenchidos em uma escala likert de 3 pontos referentes aos sintomas depressivos frequentemente observados no puerpério. A escala apresenta bons índices de consistência interna (Alfa de Cronbach  $\alpha = 0,87$ ). A versão brasileira apresentou índices de sensibilidade (82,6%), especificidade (65,4%) adequados (Santos et al., 2007) e escores  $\geq 10$  (Santos e colaboradores, 1999) são considerados indicativos de DPP.

*Inventário Beck de Depressão II (Beck et al., 1996; BDI-II):* O BDI-II é uma medida de auto-avaliação de depressão que consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. O BDI II tem demonstrado bons índices de consistência interna

(Alpha de Cronbach  $\alpha > 0,80$ ) em pesquisas realizadas com amostras brasileiras (Gorenstein & Andrade, 1996).

*Inventário Beck de Ansiedade – Versão Brasileira* (Cunha, 2001; BAI): O BAI consiste em 21 questões, cada questão apresenta quatro possíveis respostas, sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade.

*Teste de Atenção Sustentada – AS* (Sisto, Noronha, Lamounier, Rueda & Bartholomeu, 2006): Consiste numa sequência de 25 fileiras com 25 estímulos cada uma, o participante foi instruído assinalar apenas um alvo dentre os estímulos dados, sendo que foi dado o tempo de 15 segundos e passava para a próxima fila. O objetivo do instrumento é medir a Concentração, Velocidade com Qualidade e Sustentação. De forma geral, os coeficientes de precisão da versão brasileira variaram de 0,73 até 0,97.

*Escalas de Conflito Conjugal I: Escala de Satisfação Conjugal – The Golombok Rust Inventory of Marital State - GRIMS* (Rust et al., 1988): Esta escala mede a qualidade do relacionamento conjugal através de 5 dimensões consideradas importantes para um bom relacionamento: satisfação, comunicação, interesses compartilhados, confiança e respeito. É constituída por 28 itens, numa escala likert de 4 pontos. O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para o GRIMS foi de 0,80 (Rust et al., 1988, traduzida e adaptada à língua portuguesa por Falcke, 2003).

*Escala de Conflito Conjugal II - Avaliação da coesão e adaptabilidade familiar* (Olson, 1979, traduzido e adaptado por Falceto, 1997 - Faces III): É uma escala composta por vinte itens, em uma escala likert de 5 pontos para avaliar a coesão e adaptabilidade familiar e conjugal. Apresenta bons resultados para coesão (Alpha de Cronbach 0,78) e adaptabilidade (Alpha de Cronbach 0,72).

*Escala de Conflito Conjugal III* (Buehler & Gerard, 2002, traduzida e adaptada por Mosmann, 2007): A escala é composta por 9 nove itens que são apresentados separadamente em duas subescalas: "*conflito-desentendimentos*", composta por seis itens em uma escala likert de seis pontos e "*conflito-agressão*" composta por três itens, pontuados em uma escala likert de cinco pontos. A escala apresenta como coeficiente Alpha de Cronbach 0,71.

*Imagens de bebês (GNAT, em construção)*: Consiste num instrumento que apresenta imagens de rostos de bebês representativas das emoções de alegria, tristeza e neutra oriundas do banco de imagens do Oxford Parent Project e da coleta brasileira. As imagens foram apresentadas em um computador (laptop) com tela de 15 polegadas. O participante avaliou

cada imagem em uma escala *likert* de -9 (muito negativa) a +9 (muito positiva). As imagens foram apresentadas utilizando-se o programa Eprime e as faces foram apresentadas em 100ms, 500ms e 1000ms (tempo de exposição).

*Imagens de adultos* (Vasconcellos, S. J. L., Jungbluth, A. & Salvador-Silva, R., 2009, em elaboração): Consiste num instrumento que apresenta imagens de rostos adultos, a fim de que se possa verificar como os participantes do estudo identificam as emoções expressas pelas faces. As fotos produzidas expressam emoções básicas de medo, tristeza, alegria, repugnância, surpresa e raiva. Cada participante teve que nomear uma dessas emoções a partir da imagem apresentada. Os procedimentos de apresentação e avaliação das faces seguiu o mesmo padrão das imagens de bebês. Para o presente estudo foram avaliadas apenas as emoções de alegria, tristeza e neutra.

*Interação Pai-Bebê- Global Rating Scale for Mother-infantintercation –GRS-* (Gunning & Murray, 2002): A interação pai-bebê foi avaliada através da observação direta de brincadeira através de instrumento desenvolvido para avaliar interação mãe-bebê. Os bebês foram avaliados juntamente com seus pais, com o bebê posicionado em um bebê conforto, berço, colo do pai ou sofá. Onde foi filmado de forma livre, como o pai preferisse posicioná-lo, mas que realiza-se contato visual com o mesmo. O pai foi convidado a interagir com seu bebê, podendo brincar e falar com o mesmo, da forma que mais lhe agradasse, com ou sem auxílio de objetos ou brinquedos, por 5 minutos (Murray et al., 1996). As interações foram avaliadas a cada minuto conforme a proposta de Murray (2007) que compreende a avaliação nas seguintes dimensões: cuidador (fator 1- responsividade, fator 2 – humor e fator 3 – sensibilidade), para o bebê (fator 1- atenção para o pai e fator 2 - humor) e por fim a dimensão de avaliação da interação da dupla, codificadas em uma escala *likert* de 5 pontos.

#### Procedimentos

Os participantes foram recrutados junto a unidades de saúde (Postos de saúde e Clínica-Escola). Primeiramente foram recrutados pais com filhos recém-nascidos, através do banco de dados das unidades de saúde, ou por indicações de médicos ginecologistas, obstetras e pediatras. Os sujeitos convidados a participar do estudo foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a responder os instrumentos descritos anteriormente. As mães destes bebês também responderam os instrumentos utilizados na pesquisa com exceção da filmagem da interação com o bebê, os testes de atenção e a entrevista estruturada (SCID). O projeto foi aprovado Clínica-Escola de Psicologia da

Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões e pela Prefeitura Municipal de Frederico Westphalen-RS, além de ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A coleta de dados se deu em visitas domiciliares na residência de cada participante.

## Resultados

### Plano de Análise

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS 17.0. Inicialmente foi investigado o efeito das variáveis demográficas (escolaridade paterna, sexo do bebê e primiparidade) e da DPP-P na interação pai-bebê utilizando uma série de MANOVAs. A seguir foram realizadas MANOVAs para investigar o efeito das variáveis demográficas na acurácia e intensidade do processamento das expressões faciais, seguidas de séries de análises de medidas repetidas a fim de investigar o efeito da DPP nos mesmos desfechos.

Uma nova série de MANOVAs investigou o efeito das variáveis demográficas e da DPP-P no conflito conjugal e na habilidade atencional. A seguir, foram realizadas correlações entre a interação pai-bebê e os potenciais mediadores: processamento de faces, atenção e conflito conjugal. Por fim, informados pelas análises acima descritas e seguindo o modelo de *Baron e Kenny* (1986) uma sequência de análises de regressão seguidas da aplicação do Sobel's teste investigou as rotas mediadoras do efeito da DPP-P na interação pai-bebê.

Considerando o tamanho da amostra, todos os efeitos com  $p \leq .10$  foram destacados como relevantes para o presente estudo.

### *Efeito das variáveis demográficas e da DPP-P na Interação Pai-Bebê*

A partir das análises realizadas foram encontrados efeitos significativos da faixa etária [ $F(1,59)=7,06$ ,  $p=.010$ ,  $n^2=.11$ ] e do sexo do bebê [ $F(1,57)=5,94$ ,  $p=.018$ ,  $n^2=.09$ ] no fator sensibilidade, sendo que pais mais jovens ( $M=3,85$ ,  $dp=0,54$ ) apresentaram menor sensibilidade que pais mais velhos ( $M=4,23$ ,  $dp=0,52$ ), assim como pais de meninos ( $M=3,91$ ,  $dp=0,46$ ) apresentaram maior sensibilidade do que pais de meninas ( $M=3,33$ ,  $dp=0,55$ ). Os demais efeitos das variáveis demográficas não foram significativos (todos os  $p's > .06$ ). Em relação ao efeito na DPP-P na interação da díade foram observados efeitos significativos em todas as dimensões do pai, sendo que pais com DPP-P foram significativamente menos responsivos, menos sensíveis e apresentaram humor mais negativo do que os controles. Bebês

de pais com DPP-P também apresentaram menores níveis de atenção para seus pais do que bebês de pais controles. Tais dados são evidenciados na Tabela 2.

Tabela 2. *Efeito da DPP-P na interação pai-bebê*

		M(dp)		Estatística
		DPP-P	Controle	
Dimensões do Pai	Responsividade	3,83 (0,54)	4,52 (0,42)	F (1,59)= 27,57 p<.0001 n <sup>2</sup> =.32
	Humor	3,62(0,65)	4,37 (0,51)	F (1,59)= 22,28 p<.0001 n <sup>2</sup> =.27
	Sensibilidade	3,80(0,52)	4,23 (0,52)	F (1,59)= 8,18 p=.006 n <sup>2</sup> =.12
Dimensões do bebê	Atenção para o pai	2,78(0,79)	3,34 (0,78)	F(1,59)= 6,30 p=.01 n <sup>2</sup> =.10
	Humor	3,22(0,88)	3,58 (0,72)	F(1,59)= 2,63 p=.11 n <sup>2</sup> =.04
Dimensão da Díade	Interação Dupla	2,62 (0,63)	2,99 (0,74)	F(1,59)=3,33 p=.073 n <sup>2</sup> =.05

#### *Efeito das variáveis demográficas e da DPP no Processamento de Expressões Faciais*

Em relação aos efeitos das variáveis demográficas no processamento de faces, encontrou-se efeitos marginalmente significativos da escolaridade, sendo que pais com nível de escolaridade superior tiveram mais dificuldades para o reconhecimento de faces alegres em 500ms [F(1,59)=3,08, p=.084, n<sup>2</sup>=.050] e neutras de bebês em 500ms [F(1,59)= 3,48, p=.067, n<sup>2</sup>=.56]. Já para o reconhecimento de faces tristes de bebês em 500ms pais com maior escolaridade tiveram significativamente mais acertos que pais com menor escolaridade para [F(1,59)=5,71, p=.020, n<sup>2</sup>=.088].

Também revelaram-se efeitos de pais primíparos no reconhecimento de faces, sendo que os mesmo tiveram melhor desempenho, acertando mais faces alegres de adultos no tempo 1000s [F(1,59)=2,11, p=.027, n<sup>2</sup>=.080] e neutras de bebês em 500ms [F(1,59)=3,44, p=.069, n<sup>2</sup>=.055] do que pais não primíparos. Pais de meninos tiveram mais acertos nas respostas das faces neutras de bebês em 500ms [F(1,59)=5,40, p=.024, n<sup>2</sup>=.084].

Em relação aos efeitos da DPP-P foram observadas uma série de diferenças significativas entre os grupos. Pais com DPP-P erraram mais as faces de alegria adultas nos tempos de

200ms e 500ms e acertaram mais as faces de tristeza adultas em 500ms e 1000ms e as faces neutras adultas em 200ms. O mesmo padrão de erro para faces alegres foi observado nas faces de bebês, embora o tamanho do efeito tenha sido menor (ver Tabela 3).

Tabela 3. *Efeito da DPP-P na acurácia do reconhecimento de faces adultas e de bebês*

		Controle (n=44)	DPP (n=17)	Efeito Principal de Grupo	Efeito Individual Grupo
Alegria Adulto	200	92,05 (11,78)	75,00 (17,68)	F(1,59)=15,84 p<.0001 n <sup>2</sup> =.21	F(1, 59)=19,17, p<.0001, n <sup>2</sup> =.24
	500	89,20 (14,66)	73,53 (20,67)		F(1, 59)=11,05, p=.002, n <sup>2</sup> =.16
	1000	89,20 (14,66)	83,82 (23,24)		F(1, 59)=1,17, p=.28, n <sup>2</sup> =.02
Tristeza adultos	200	82,95 (20,72)	97,06 (8,30)	F(1,59)= 9,70 p=.003 n <sup>2</sup> = .14	F(1, 59)=1,34, p=.25, n <sup>2</sup> =.02
	500	82,39 (18,35)	91,18 (12,31)		F(1, 59)=3,31, p=.07, n <sup>2</sup> =.05
	1000	82,39 (19,12)	88,24 (12,86)		F(1, 59)=7,35, p=.009, n <sup>2</sup> =.11
Neutras adultos	200	72,73 (31,35)	88,24 (21,86)	F (1,59)= 0,45 p=.50 n <sup>2</sup> =.008	F(1, 59)=3,48, p=.06, n <sup>2</sup> =.05
	500	80,68 (26,88)	76,47 (31,21)		F(1, 59)=0,27, p=.60, n <sup>2</sup> =.005
	1000	79,55 (32,92)	79,41 (35,61)		F(1, 59)=,000, p=.98, n <sup>2</sup> =.000
Alegria Bebês	200	93,64 (10,36)	88,24 (12,37)	F (1,59)= 0,37 p= .54 n <sup>2</sup> = .006	F(1, 59)=2,98, p=.08, n <sup>2</sup> =.48
	500	93,3 (12,36)	96,5 (7,85)		F(1, 59)=1,68, p=.19, n <sup>2</sup> =.28
	1000	86,36 (13,5)	83,53 (12,71)		F(1, 59)=,56, p=.45, n <sup>2</sup> =.009
Tristeza bebês	200	90,91 (13,26)	89,41 (14,35)	F (1,59)= 0,49 p=.48 n <sup>2</sup> =.008	F(1, 59)=,14, p=.70, n <sup>2</sup> =.003
	500	91,36 (10,91)	95,29 (8,74)		F(1, 59)=1,76, p=.18 n <sup>2</sup> =.02
	1000	95,00 (10,67)	96,47 (7,85)		F(1, 59)=,26, p=.60 n <sup>2</sup> =.004
Neutras bebês	200	88,43 (17,80)	94,06 (17,76)	F (1,59)= 0,92 p=.34 n <sup>2</sup> =.01	F(1, 59)=1,22, p=.27, n <sup>2</sup> = .02
	500	86,14 (19,71)	78,06 (20,47)		F(1, 59)=2,01, p=.16, n <sup>2</sup> =.03
	1000	96,14 (10,91)	96,00 (11,29)		F(1, 59)=,002, p=.96, n <sup>2</sup> =.000

No que se refere à intensidade dada a cada emoção reconhecida, pais com DPP-P atribuíram significativamente menos alegria em 1000ms e mais tristeza em 200ms e em 1000ms para as faces de bebês (ver Tabela 4).



Tabela 4. Efeito da DPP-P na intensidade de faces adultas e de bebês

		Controle	DPP	Efeito Principal de Grupo	Efeito Individual Grupo
Alegria Adulto	200	2,60 (0,37)	2,53 (0,59)	F(1, 59)= ,00 p=.98 n <sup>2</sup> = .000	F (1,59)=,24, p=.62, n <sup>2</sup> =,004
	500	3,97 (0,39)	3,99 (0,71)		F (1,59)=,012, p=.91 n <sup>2</sup> =,000
	1000	3,45 (0,52)	3,50 (0,35)		F (1,59)=,14, p=.70, n <sup>2</sup> =,002
Tristeza adultos	200	3,20 (0,41)	3,37 (0,43)	F(1, 59)=17,87 p<0.0001 n <sup>2</sup> = .23	F (1,59)=1,97, p=.16, n <sup>2</sup> =,03
	500	2,92 (0,41)	2,97 (0,55)		F (1,59)=,16, p=.68, n <sup>2</sup> =,003
	1000	2,96 (0,47)	3,77 (0,29)		F (1,59)=42,81, p<0.001, n <sup>2</sup> =,42
Neutras adulto	200	3,12 (1,08)	3,29 (0,50)	F(1, 59)= 1,98 p=.16 n <sup>2</sup> =,032	F (1,59)=,37, p=.54, n <sup>2</sup> =,006
	500	1,79 (0,79)	2,29 (0,79)		F (1,59)= 4,83, p=.03, n <sup>2</sup> =,07
	1000	2,42 (0,95)	2,47 (1,12)		F (1,59)= ,03, p=.86, n <sup>2</sup> =,001
Alegria bebês	200	3,30 (0,38)	3,39 (0,37)	F(1, 59)= ,44 p= .51 n <sup>2</sup> = 007	F (1,59)=,76, p=.38, n <sup>2</sup> =,01
	500	3,36 (0,30)	3,32 (0,31)		F (1,59)=,13, p= .68,n <sup>2</sup> =,003
	1000	3,70 (0,36)	3,52 (0,29)		F (1,59)= 3,26, p=.07, n <sup>2</sup> =,05
Tristeza bebês	200	3,95 (0,43)	4,17 (0,44)	F(1,59)=,09 p= 0.76 n <sup>2</sup> =,002	F (1,59)=2,96, p= .09, n <sup>2</sup> =,048
	500	4,10 (0,48)	4,30 (0,39)		F (1,59)= 2,23, p= .14, n <sup>2</sup> =,03
	1000	4,03 (0,38)	4,29 (0,41)		F (1,59)= 5,46, p= .02, n <sup>2</sup> =,08
Neutras bebês	200	2,77 (0,44)	2,73 (0,32)	F(1, 59)=,49 p= .48 n <sup>2</sup> =,008	F (1,59)= 0,08, p=.77, n <sup>2</sup> =,001
	500	2,56 (0,32)	2,49 (0,39)		F (1,59)= 0,51, p=.47,n <sup>2</sup> =,009
	1000	2,83 (0,33)	2,80 (0,37)		F (1,59)= 0,11, p= .74, n <sup>2</sup> =,002

#### *Efeito das variáveis demográficas e da DPP na Atenção*

Foi revelado efeito de escolaridade para velocidade da execução da tarefa, sendo que pais com menor escolaridade realizaram a tarefa mais vagorosamente [(F(1,59)= 4,65, p=.035, n<sup>2</sup>=,073)]. Para as demais variáveis demográficas não foram encontrados efeitos significativos (p>.05). A partir das análises realizadas foi encontrado um efeito significativo da DPP-P para a concentração, sendo que pais com DPP diminuíram a concentração ao longo da tarefa de atenção [F(1,59)= 8.51, p=.005, n<sup>2</sup>=,13, DPP-P M=44.29(dp=8.84) , controles M= 53.20 (dp= 11.31)].

*Efeito das variáveis demográficas e da DPP no Conflito Conjugal*

A partir das análises realizadas foram encontrados efeitos significativos de faixa etária no conflito conjugal na escala 3, indicando que pais mais jovens apresentavam mais conflitos com suas companheiras [F(1,59)=3,19, p=.079, n<sup>2</sup>=.051]. Também foram encontrados efeitos significativos de pais com DPP-P e conflito conjugal nas três escalas utilizadas. Para a primeira escala, que mede satisfação e comunicação, revelou-se que pais com DPP-P apresentaram menor conflito conjugal, [F(1,59)=4,40, p=.040, n<sup>2</sup>=.069; DPP-P M=3.05(dp=0.32), controle M=3.25(dp=0.32)], assim como na escala 2, que visa mensurar a adaptabilidade familiar, pais com DPP-P apresentaram menos conflitos do que os controles [F(1,59)=6,90, p=.011, n<sup>2</sup>=.105; DPP-P M=3.56(dp=0.68), controle M=3.96 (dp=0.47)]. No entanto para a escala 3, que tem por objetivo mensurar fatores de "conflito-desentendimentos" e "conflito-agressão", um efeito marginalmente significativo foi observado sendo que pais com DPP-P apresentaram mais conflito [F(1,59)= 3,70, p=.06, n<sup>2</sup>=.059; DPP-P M=2.30 (dp=0.86), controle M=1.89 (dp=0.72)].

*Relação entre faces, atenção e conflito conjugal e interação pais-bebê*

Foram realizadas correlações entre a interação pai-bebê e os potenciais mediadores deste processo: processamento de faces, atenção e conflito conjugal. Os resultados obtidos com as correlações significativas para o processamento de faces e a dimensão da interação do pai com seu bebê estão apresentadas nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 5. Correlações entre a interação pai-bebê e a acurácia do processamento de faces

			Adultos								
			Faces alegres			Tristes			Neutras		
			200ms	500ms	1000ms	200ms	500ms	1000ms	200ms	500ms	1000ms
Dimensões do Pai	Responsividade	r	.23	.22	.07	.01	-.17	-.15	-.33	.03	-.09
		p	.07	.87	.59	.93	.18	.22	.008	.81	.47
	Humor	r	.19	.16	.15	.005	-.30	-.23	-.28	.081	-.10
		p	.12	.21	.24	.97	.01	.06	.02	.53	.42
	Sensibilidade	r	.27	.23	.02	-.13	.02	-.13	-.31	-.10	-.22
		p	.03	.07	.84	.29	.86	.31	.01	.42	.08
			Bebês								
			Faces alegres			Tristes			Neutras		
			200ms	500ms	1000ms	200ms	500ms	1000ms	200ms	500ms	1000ms
Dimensões do Pai	Responsividade	r	.25	-.18	.03	.03	-.21	-.12	-.19	.14	-.13
		p	.04	.15	.80	.63	.10	.12	.12	.28	.32
	Humor	r	.28	-.19	.05	-.03	-.17	.02	-.21	.02	-.05
		p	.02	.12	.69	.79	.18	.88	.10	.86	.67
	Sensibilidade	r	.06	-.13	-.08	-.16	-.06	-.25	-.06	.09	-.02
		p	.65	.31	.51	.19	.63	.04	.63	.46	.84

Tabela 6. *Correlações entre a interação pai-bebê e a intensidade do processamento de faces*

			Adultos								
			Faces alegres			Tristes			Neutras		
			200ms	500ms	1000ms	200ms	500ms	1000ms	200ms	500ms	1000ms
Dimensões do Pai	Responsividade	r	.04	.04	.042	-.06	-.28	-.55	-.13	-.12	-.02
		p	.76	.74	.74	.63	.02	<.0001	.31	.35	.98
	Humor	r	-.02	.08	.01	-.04	-.15	-.42	-.02	-.05	.02
p		.88	.51	.93	.73	.22	.001	.89	.65	.84	
	Sensibilidade	r	-.004	.05	.02	-.03	-.29	-.44	-.14	.006	-.04
		p	.97	.69	.85	.78	.02	<.0001	.28	.96	.73
						Tristes			Neutras		
			200ms	500ms	1000ms	200ms	500ms	1000ms	200ms	500ms	1000ms
Dimensões do Pai	Responsividade	r	.16	-.006	.16	-.18	.04	-.08	-.25	.01	-.16
		p	.22	.96	.21	.16	.76	.51	.05	.89	.20
	Humor	r	.12	.19	.18	-.19	.03	-.09	-.31	.10	-.19
p		.34	.12	.15	.12	.78	.45	.01	.41	.12	
	Sensibilidade	r	.14	-.05	.02	-.16	-.11	-.006	-.11	-.12	-.07
		p	.28	.65	.85	.19	.39	.96	.39	.35	.54

Para a atenção, foram encontradas correlações significativas entre as dimensões da atenção-velocidade e concentração e as dimensões da interação pai-bebê. Em relação a velocidade da atenção encontraram-se correlações positivas com responsividade ( $r=.35$ ,  $p=.006$ ), humor do pai ( $r=.37$ ,  $p=.02$ ) e interação da dupla ( $r=.34$ ,  $p=.008$ ). Em relação ao fator concentração da atenção, observaram-se correlações também positivas e significativas com os fatores responsividade ( $r=.39$ ,  $p=.002$ ) e humor do pai ( $r=.40$ ,  $p=.001$ ) e na interação da dupla ( $r=.34$ ,  $p=.007$ ).

O conflito conjugal apresentou apenas uma correlação marginalmente significativa entre a escala 3 e o fator sensibilidade da interação pai-bebê ( $r=-.24$ ,  $p=.06$ ).

#### *Mediadores do Efeito da DPP na interação pai-bebê*

A partir dos resultados acima mencionados foram investigadas as rotas de mediação para cada uma das dimensões da interação pai-bebê. A Tabela 7 apresenta as rotas investigadas e o resultado da análise de mediação. A relação VI-VD diz respeito ao efeito direto da DPP-P na variável dependente, enquanto a relação VI-M-VD diz respeito ao efeito da DPP-P após a inclusão do mediador no modelo. A mediação foi definida como parcial quando o Sobel teste foi significativo ( $p \leq .05$ ) e efeito da DPP-P na interação pai-bebê diminuiu, mas se manteve significativo quando o mediador foi introduzido. A mediação foi considerada total quando o Sobel teste foi significativo ( $p \leq .05$ ) e efeito da DPP-P na interação pai-bebê se tornou não significativo quando o mediador foi introduzido no modelo.

A maior dificuldade dos pais com DPP-P em identificar faces adultas alegres em 200ms explica parcialmente os menores níveis de sensibilidade destes na interação com seus bebês. Além disso, o fato de pais com DPP-P atribuírem mais intensidade as faces de adulto tristes em 1000ms explica parcialmente os níveis mais baixos de responsividade e o pior humor que tal grupo apresenta na interação com seus bebês e explica totalmente os níveis mais baixos de sensibilidade do grupo clínico.

Tabela 7. *Mediadores do efeito da DPP-P na interação pai-bebê*

VI	Mediador	VD	$\beta$ VI-VD	$\beta$ VI-M-VD	Mediação
DPP-P	acurácia face alegre adulto 200ms	responsividade	.56	.60	-
	acurácia face neutra adulto 200ms	responsividade	.56	.51	-
	acurácia face triste adulto 500ms	Humor	.52	.48	-
	acurácia face triste adulto 1000ms	Humor	.52	.50	-
	acurácia face alegre adulto 200ms	sensibilidade	.34	.28	parcial
	acurácia face alegre adulto 500ms	sensibilidade	.34	.30	-
	acurácia face triste bebê 500ms	sensibilidade	.35	.35	-
	intensidade face triste adulto 500ms	responsividade	.56	.55	-
	intensidade face triste adulto 1000ms	responsividade	.56	.36	parcial
	intensidade face triste adulto 1000ms	Humor	.52	.43	parcial
	intensidade face triste adulto 500ms	sensibilidade	.34	.33	-
	intensidade face triste adulto 1000ms	sensibilidade	.35	.10	total
	concentração	responsividade	.56	.54	-
	concentração	Humor	.52	.49	-
	conflito conjugal escala 3	sensibilidade	.34	.30	-

Abreviações: VI= variável independente, VD= variável dependente

## Discussão

A partir dos dados obtidos nos resultados da pesquisa, observou-se que no presente estudo, a prevalência de DPP-P (27,9%) foi superior ao encontrado em estudos de base populacional, que apontam estimativas de prevalência entre 2,55% a 5,3% (Ramchandani et al., 2008; Mattheyet al., 2000). No entanto, tal índice é compatível aos resultados da incidência de DPP em amostras comunitárias que variam até 25% (Goodman, 2004). Também

pode-se identificar que tal resultado ultrapassa os índices de Depressão Geral estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, com estimativas fluando entre 4 a 10% da população mundial, em função de diferentes métodos diagnósticos serem utilizados e da pouca procura pelo tratamento adequado, muitas vezes permeado pelo estigma social da depressão (World Health Organization, 2000).

A partir dos dados obtidos da DPP para esta amostra, observou-se que o efeito da DPP-P na interação pai-bebê, é bastante acentuado. Pais diagnosticados com DPP-P, apresentaram dificuldades em todas as dimensões estudadas, no que se refere à interação com seu bebê. Estes pais tiveram mais dificuldades em dar respostas assertivas aos seus filhos, sendo menos responsivos às necessidades do seu bebê, isto é, não respondendo adequadamente ao que o bebê solicita emocionalmente naquele momento. Também se observou que os pais deprimidos se mostraram menos sensíveis aos seus bebês, com índices mais baixos do que os pais do grupo controle na dimensão sensibilidade, sendo menos calorosos e afetivos. Ainda, os resultados mostraram que pais com DPP-P tiveram índices de humor mais negativo nas respostas dadas aos bebês, quando comparados aos pais sem diagnóstico de depressão.

Tais achados corroboram os estudos realizados sobre DPP nas mães, que apontam resultados negativos na interação da mãe com seus bebês, indicando que a interação de mães em depressão pós-parto com seus bebês, é prejudicada e está relacionada ao fato destas mães terem percepções negativas do comportamento de seus próprios filhos e conseqüentemente não responder adequadamente ao que o bebê está solicitando (Field et al., 1993). Tal achado está de acordo com o entendimento de que o viés para percepções negativas parece caracterizar a depressão em geral (Gotlib & Joormann, 2010; Mathews & MacLeod, 2005).

Ainda é importante considerar que neste estudo foram encontradas díades pais-mães com DPP em minoria, apenas com quatro (4) casais em que ambos apresentaram o diagnóstico. Tal dado sugere que a DPP paterna é encontrada nos homens, independentemente de suas companheiras apresentarem o diagnóstico de DPP. Este achado também é discutido por outros pesquisadores, que alertam para a importância do cuidado à saúde do homem no período pós-parto (Hanington, Ramchandani & Stein, 2010). Visto que tais efeitos parecem impactar de forma diferencial o desenvolvimento emocional, social e cognitivo das crianças, independentes da DPP materna (Ramchandani et al., 2011, Ramchandani & Psychogiou, 2009).

Ainda no que se refere à DPP-P, resultados revelam que pais de meninos, apresentaram índices mais altos de depressão e menor sensibilidade, indicando que o sexo do bebê, é um fator que pode potencializar o desenvolvimento do diagnóstico de DPP. Assim, possivelmente a interação da dupla será prejudicada, em função deste pai ser menos caloroso e afetivo com seu recém-nascido. Tal dado, é mencionado por outras pesquisas (Ramchandani, 2011), indicando que naturalmente o desenvolvimento dos meninos é mais lento do que de meninas, e que estes apresentam mais dificuldades para modular suas emoções.

É possível que o fato dos meninos serem menos responsivos possa elicitare respostas dos pais à estes bebês também menos responsivas (desadaptativas), em especial, em um contexto de dificuldade emocional como a DPP-P. A partir deste resultado, outra discussão é encontrada sobre a questão de gênero e DPP. Em um estudo realizado por Ramchandani e colobarodares (2008), a depressão em pais no período pós-natal foi associada com aumento das taxas de problemas comportamentais subsequentes em seus filhos com impacto significativos para os meninos e problemas de comportamento aos 3,5 anos (Ramchandani, Stein, Evans, & O'Connor, 2005; Ramchandani et al., 2008 ). Murray e colegas (1996), revelaram ainda que meninos filhos de pais com depressão, tem maior probabilidade ao desenvolvimento do apego inseguro, mas que o mesmo nao se aplica as meninas. Assim, pode-se pensar que a rota de maior vulnerabilidade dos meninos na interação inicial com o progenitor com DPP esteja relacionada aos piores desfechos subsequentes dos meninos.

Dentre os resultados apresentados dos fatores que parecem mediar a interação pai-bebê, resultados surpreendentes foram encontrados para o processamentos de faces em pais com depressão pós-parto. Pais com DPP, apresentaram mais erros para faces alegre em adultos nos tempos 200ms e 500ms, assim como tiveram menos acertos para faces de alegria em bebês no tempo 200ms e tiveram mais acertos para as faces de tristeza em adultos em 500ms e 1000ms. Tal achado, é corroborado por pesquisas realizadas com mães com DPP que indicam o viés emocional para o reconhecimento de estímulos negativos (faces tristes) de forma mais intensa pelos deprimidos e em menos assertividade reconhecem estímulos positivos (faces alegres), com resultados que indicam déficits no processamento de emoções através das expressões faciais (Stein et al., 2010; Arteché et al., 2011).

Em relação à intensidade da emoção observada pelos pais deprimidos, os resultados nos mostram que pais apontaram maiores níveis de tristeza para faces adultas em 1000ms e em todos os tempos (200ms, 500ms, 1000ms) em faces tristes de bebês. Já para as faces

alegres, os pais com depressão avaliaram emoções alegres em menos intensidade para faces alegres em bebês no tempo 1000ms. Estes resultados são extremamente significativos para o entendimento da implicação que os déficits na avaliação emocional de bebês podem gerar no desenvolvimento infantil. Em determinado sobre a depressão pós-parto feminina também revelam a dificuldade que mães deprimidas tem em realizar uma avaliação mais assertiva sobre a intensidade da emoção no processamento de faces (Stein, 2010).

Em virtude das dificuldades em avaliar corretamente o nível de emoção apresentado pela criança, pais com DPP podem deixar de reconhecer determinados emoções de seus bebês e serem menos responsivos, repercutindo negativamente na interação da dupla, conforme já discutido anteriormente. A partir destes elementos preocupa-nos a questão do impacto clínico gerado no desenvolvimento cognitivo, social e emocional destas crianças, especialmente as de gênero masculino. Tal hipótese foi corroborada nas análises de mediação que confirmaram a acurácia das faces alegres e a intensidade das faces tristes como mediadores dos efeitos da DPP-P na interação pai-bebê. Notavelmente tais mediadores, bem como os maiores tamanhos de efeito da DPP-P no processamento de faces foram observados nas faces adultas (e não de bebês). As faces de bebês apresentam de forma geral maiores intensidades e é possível que os déficits no processamento de faces se dê mais para expressões em intensidade mais baixa.

Em relação aos aspectos atencionais, esta pesquisa aponta que pais com DPP-P apresentaram menores índices de concentração do que o grupo de pais controle. Observou-se também um viés atencional de velocidade e concentração para a interação pai-bebê, velocidade e concentração da atenção são associados a responsividade do pai para com seu bebê, humor rebaixado do pai e interação da dupla. Tal resultado pode ter um importante impacto no cotidiano da díade visto que pais deprimidos podem se concentrar menos nas tarefas de cuidados com seu bebê, relacionando-se de forma mais descomprometida com seu filho. Estes achados são descritos por pesquisas que revelam a diminuição da atenção na depressão, visto que o indivíduo apresentam seletividade atencional, buscando especialmente estímulos negativos, voltados à preocupações consigo mesmo e por tal motivo reduzem a capacidade de atenção, não igualmente atentos às mudanças do ambiente e consequentemente de seu bebê (APA, 2002; Rozenhal, Laks & Engelhardt, 2004).

Por fim, nas avaliações realizadas sobre conflito conjugal, este fator não se revelou como mediador para a interação da dupla. Resultados apresentaram apenas uma interação marginalmente significativa em apenas uma das escalas avaliadas, sugerindo que a crise conjugal afeta secundariamente este bebê, visto que pais em conflito, poderão solicitar menos

o auxílio do parceiro, bem como poderão impactar os filhos devido à insatisfação com seu parceiro. Observa-se que o presente estudo avançou o conhecimento acerca dos efeitos da DPP-P na interação pai-bebê. A partir da presente pesquisa especialmente deficits no processamento de faces parecem atuar como mediadores dos efeitos da DPP-P na interação pai-bebê. Estudos com amostras maiores e que acompanhem o desenvolvimento do bebê são fundamentais para elucidar os impactos a longo prazo da DPP-P.

### Conclusões

A partir do estudo realizado numa amostra de 61 díades, encontrou-se resultados extremamente importantes no que se refere aos mediadores da depressão pós-parto nos homens e na interação pai-filho. Tais achados foram importantes para o entendimento de que forma os vieses cognitivos da depressão repercutem no vínculo relacional dos pais com seus bebês e as implicações destas distorções no desenvolvimento infantil, visto que há poucos estudos sobre depressão pós-parto nos homens e nenhum estudo sobre disfunções cognitivas da DPP-P como mediadora da interação pai-bebê.

O estudo em questão apresenta algumas limitações, devido ao tamanho amostral ser pequeno, os dados de prevalência devem ser utilizados somente como dados de uma amostra comunitária. O fato da pesquisa ter sido realizada em um município no interior do estado, também pode ser um fator limitante, pois dados obtidos na capital poderiam ter maior influência demográfica, visto que a população do município estudado, tem renda familiar acima da média para as capitais. Assim, sugerimos para próximas pesquisas incluir as mães no estudo, com análises que possam controlar o efeito da DPP das mães nos pais. Sugere-se também que sejam realizados estudos longitudinais que incluam moderadores como nível sócio-econômico e escolaridade dos pais, estudos de equação estrutural que permitam a modelagem de todos os aspectos investigados em um mesmo modelo.



## Referências

- Arteche, A., Joorman, J., Craske, M., Gotlib, I., Lehtonen, A., Counsell, N., & Stein, A. (2011). The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 197–203.
- Arteche, A. and Murray, L. (2011) Maternal affective disorder and children's representation of their families. *Journal of Child and Family Studies*, 20 (6). pp. 822-832.
- Ballard, C.G., Davis, R., Cullen, P.C., Mohan, R.N. & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 782-788.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological corporation.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cummings, E. M. & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 31–63.
- Cunha, J. C. (2001). Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- First, M. B. et al. (1997). Structured clinical interview for DSM-IV—clinical version (SCID-CV). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Kessler, R.C.; Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Koretz, D.; Merikangas, K.R.; Rush, A.J.; Walters, E.E.; Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *The journal of the American Medical Association*, 289 (23), 3095-3105.
- Evans J, Melotti R, Heron J, et al (2012) The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 53, 632-640
- Falceto, O. G. *Famílias com desenvolvimento funcional e disfuncional: validação das escalas diagnósticas Faces III, Beavers - Timberlawn e Avaliação Global do Funcionamento Interacional (Garf)*. Porto Alegre. 189p. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1997.

- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E., & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Goodman, J .H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26–35.
- Gotlib, I., Krasnoperova, E., Joorman, J., & Yue, D. (2004). Attentional bias for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 127–135.
- Gunning, M. & Murray, L. (2002). *The global ratings of mother-infant interaction at 2 and 4 months*. In: World Association for Infant Mental Health, Amsterdam, Netherlands. (Unpublished).
- Hanington, L., Ramchandani, P. & Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 88-95
- Joormann, J., & Gotlib, I.H. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 80–85.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1-5.
- Lobato, G., Moraes, C. & Reichenheim, M. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista brasileira de saúde materno infantil*, 11(4), 369-379.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J. & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75-85.
- Mathews, A. & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167–195.
- 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 de Saúde Pública*, 40, 65-70.
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I. and Cooper, P. (2011) Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50 (5). pp. 460-470.
- Murray, L., Cooper, P. J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, 27(2), 253-260.
- Murray, L., Marwick, H. and Arteche, A. (2010) Sadness in mothers' 'baby-talk' predicts affective disorder in adolescent offspring. *Infant Behavior and Development*, 33 (3), 361-364
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J. & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75-85.

- Paulson, J.F. & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *The journal of the American Medical Association*, 303(19), 1961-1969.
- Pelaez-Nogueras, M., Field, T., Cigales, M., Gonzalez, A. & Clasky, S. (1995). Infants of depressed mothers show less “depressed” behavior with their nursery teachers. *Infant Mental Health Journal*, 15, 358-367.
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E. & Lodder, A. (2011). Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, 28(6), 471-477.
- Ramchandani, P.G., Stein, A., Evans, J. & O'Connor, T.G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, 365, 2201-2205.
- Ramchandani, P., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L & Evans, J. (2008). Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: A Population Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4),390–398. 21.
- Ramchandani, P., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L. & Stein, A. (2008b). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 49(10), 1069-1078.
- Ramchandani P.G., Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet*. 2009;374:646–653
- Rombaldi, A. J.; Silva, M. C. da; Gazalle, F. K.; Azevedo, M. R.; Hallal, P. C. (2010). Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista brasileira de epidemiologia*, 13(4), 620-629.
- Rozenthal, M., Engelhardt, E., & Laks, J. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26 (2), 204-212.
- Rust, J.; Bennun, I.; Crowe, M.; Golombok, S. (1988). The Golombok Rust Inventory of Marital State. Windsor, 27
- Santos, I. et al. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Caderno de Saúde Pública*, 23(11), 2577-2588.
- Sisto, F. F., Noronha, A. P. P., Lamounier, R., Rueda, F. J. M. & Bartholoemu, D. (2006). *Teste de Atenção Sustentada*. São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica Ltda.
- Schumacher, M., Zubaran, C. & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth*, 2008, 21:65-70.

- Sethna, V.; Murray, L. & Ramchandani, P.G (2012). Depressed fathers' speech to their 3-month-old infants: a study of cognitive and mentalizing features in paternal speech. *Psychological Medicine*, 27, 1-11
- Sit, D.K. & Wisner, K.L. (2009). Identification of postpartum depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52, 456-468.
- Spector, A. (2006). Fatherhood and depression: a review of risks, effects, and clinical application. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 867-883.
- Vasconcellos, S. J. L., Jungbluth, A. & Salvador-Silva, R. (2009). Elaboração de um software para avaliar a percepção das emoções expressas pela face. *IV Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica*. Apresentação de Pôster.
- World Health Organization, UNFPA (2000). *Mental health: depression*. Geneva: WHO Press. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)>.
- Zavaschi, M. L. S; Satler, F.; Poester, D.; Vargas, C. F.; Piazenski, R.; Rohde, L. A. P.; Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 189-195.
- Yarrow, L. J., MacTurk, R. H., Vietze, P. M., McCarthy, M. E., Klein, R. P. & McQuinston, S. (1984). Development course of parental stimulation and its relationship to mastery motivation during infancy. *Developmental Psychology*, 20, 492-503.
- World Health Organization, UNFPA (2000). *Mental health: depression*. Geneva: WHO Press. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)>.
- World Health Organization, UNFPA (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*. Geneva: WHO Press.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos de Depressão Pós-Parto nos homens, tem sido uma temática negligenciada pela produção científica e sem nenhuma política pública que assuma a importância de incluir a população masculina nos cuidados de saúde para o homem no período pós-parto. Assim, objetivando estudar de que formas a DPP impacta a vida dos homens num período tão precoce do desenvolvimento de seu bebê e suas implicações diretas e indiretas para o desenvolvimento infantil, esta dissertação estruturou-se em duas seções – teórica e empírica.

Na seção teórica foram apresentados os estudos encontrados que preocuparam-se em investigar a depressão pós-parto nos homens. A partir da análise destes artigos, considerando os critérios de inclusão e exclusão da amostra, percebe-se a necessidade do surgimento de políticas públicas adequadas bem como a necessidade de maior produção científica sobre o tema, especialmente no que se refere ao mediador do processamento de faces, que não foi encontrado em nenhum dos artigos eleitos. Tais artigos foram de importância para embasar nossas discussões da sessão empírica. Desta maneira, o leitor pode ter propriedade para compreender sobre a temática estudada e perceber a importância da influência da DPP-P para o desenvolvimento infantil.

Já a sessão empírica, revelou o importante efeito da DPP-P na interação pai-bebê e o importante papel mediador do processamento de faces, além do impacto direto da DPP-P no processamento de faces, na atenção e no conflito conjugal. Tais considerações, são de extrema relevância para a população científica, visto que foi um estudo pioneiro de avaliação dos vieses do processamento de faces e da depressão pós-parto no homem. Para tal estudo, todos os dados obtidos na amostra de participantes (n=61), foram analisados e discutido através de análises estatísticas realizadas pelo software *SPSS versão 17*.

Com a realização de dois estudos propostos nesta a dissertação, pretende-se contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas adequadas e o aprofundamento do conhecimento acerca do processamento de expressões emocionais em pais que apresentem DPP. Destaca-se ainda a importância da continuidade de estudos sobre o tema trabalhado, com o intuito de avaliar crianças após o período pós-parto e verificar as associações de possíveis transtornos psiquiátricos ou problemas de comportamento, com a depressão pós-parto nos homens.

## **5. ANEXOS**

### **ANEXO 1 - DOCUMENTO ACEITAÇÃO COMITÊ ÉTICA**

## ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Distorções cognitivas e conflito conjugal na depressão pós-parto paterna e os efeitos na interação pai-filho.**

Este estudo propõe-se a estudar as relações entre pais e filhos na etapa inicial do desenvolvimento e em que medida os sentimentos dos pais, as relações familiares e as características individuais de atenção interferem nesta relação. Sua colaboração inclui a aplicação de escalas de avaliação de humor e relacionamento conjugal, uma tarefa de avaliação da atenção e um encontro de observação da interação com o seu bebê. Este último encontro será filmado, no entanto, apenas os membros da equipe de pesquisa terão acesso as imagens.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Assim, seu nome ou o material que indique sua participação não será divulgado. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Esta pesquisa está sob responsabilidade da Professora Dr<sup>a</sup>. Adriane Xavier Arteche. Esclarecimentos ou informações adicionais poderão ser obtidas pelo telefone (51) 3320 7743 ou pelo email: [adriane.artech@puers.br](mailto:adriane.artech@puers.br) ou diretamente junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone 3320 3345, email: [cep@puers.br](mailto:cep@puers.br).

---

Dra. Adriane Xavier Arteche – Prof<sup>a</sup>. Responsável

Matrícula 1083974

Eu \_\_\_\_\_ consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

**Aceito participar desta pesquisa e declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

---

Nome e assinatura da participante

**Frederico Westphalen, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**



**ANEXO 3- ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)**

Dado que teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima de seus sentimentos nos últimos 7 dias.

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

Como eu sempre fiz

Não tanto quanto antes

Sem dúvida, menos que antes

De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia

Como sempre senti

Talvez, menos que antes

Com certeza menos

De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas

Sim, na maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Não muitas vezes

Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

Não, de maneira alguma

Pouquíssimas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Não muitas vezes
- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado

- Sim, quase todo o tempo
- Sim, muitas vezes
- De vez em quando
- Não, nenhuma vez

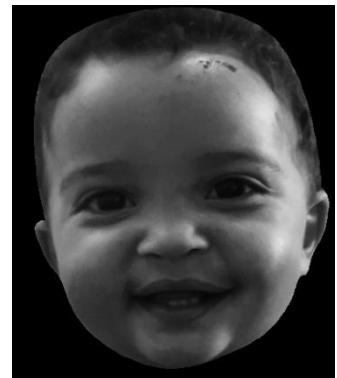
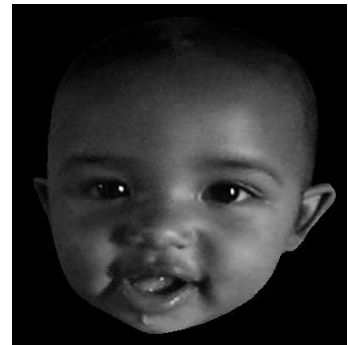
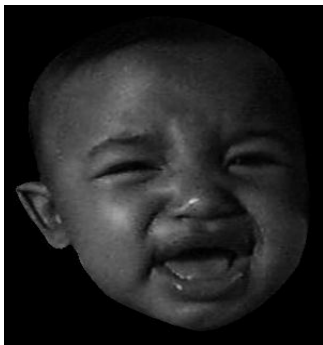
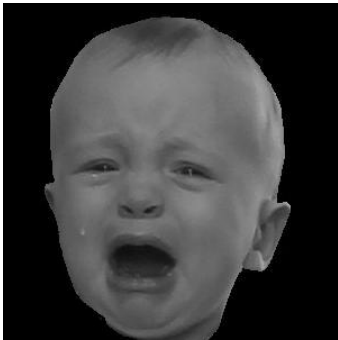
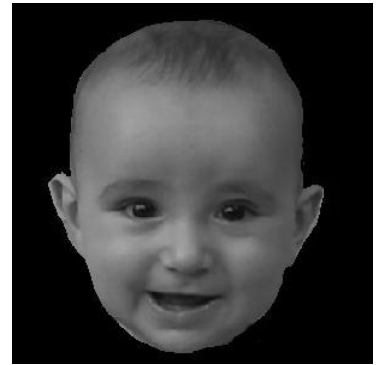
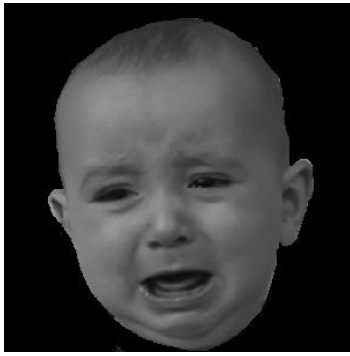
10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

- Sim, muitas vezes, ultimamente

- Algumas vezes nos últimos dias
- Pouquíssimas vezes, ultimamente
- Nenhuma vez

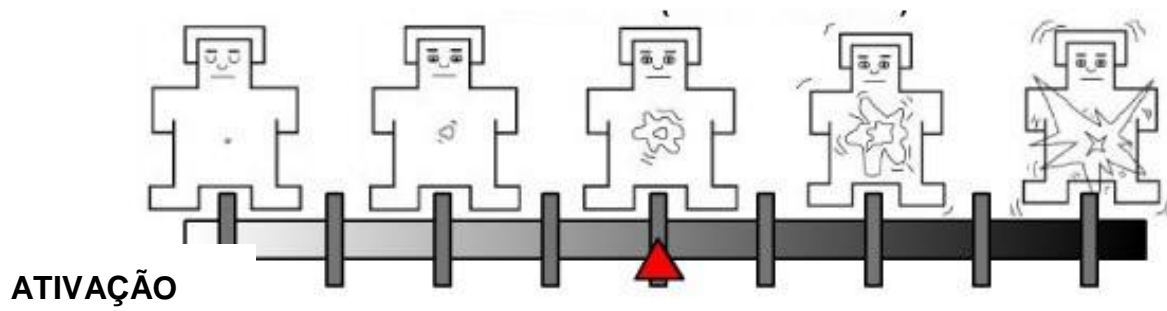
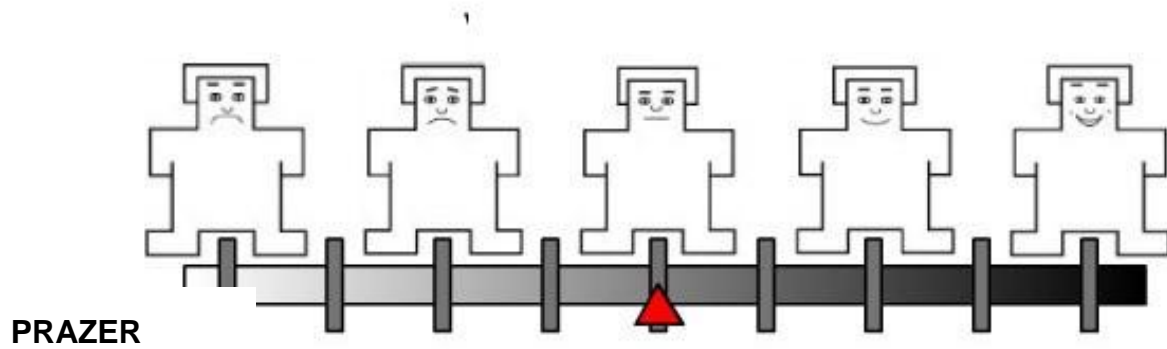
## ANEXO 4- IMAGENS DE BEBÊS

Exemplo das Imagens do Oxford Parent Project & pelo GNAT (PUCRS, Brasil)



## Protocolo de Avaliação das Imagens

Imagem número: \_\_\_\_\_



**ANEXO 5- IMAGENS DE ADULTOS**



## ANEXO 6- ESCALA DE CONFLITO CONJUGAL

### QUESTIONÁRIO FEMININO

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos.
2. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
3. Situação conjugal: ( ) casado oficialmente ( ) morando juntos/união estável
4. Escolaridade:
  - ( ) Ensino fundamental - 1o grau
  - ( ) Ensino Médio - 2o grau
  - ( ) Ensino Superior - Faculdade
  - ( ) Pós-graduação
  - ( ) Sem instrução
5. Você trabalha fora? ( ) sim ( ) não
6. Quantas horas por dia, aproximadamente, você trabalha? \_\_\_\_\_
7. Em dias de SEMANA, quantas horas por dia, você fica na companhia do(s) seu(s) FILHO(S)? \_\_\_\_\_
8. Nos FINAIS DE SEMANA, quantas horas por dia, você fica na companhia do (s) seu (s) FILHO(S)? \_\_\_\_\_
9. Em dias de SEMANA, quantas horas por dia, você fica na companhia do(s) seu(s) ESPOSO/COMPANHEIRO? \_\_\_\_\_
10. Nos FINAIS DE SEMANA, quantas horas por dia, você fica na companhia do (s) seu (s) ESPOSO/COMPANHEIRO? \_\_\_\_\_
11. Número de pessoas que moram com você: \_\_\_\_\_
12. Quem? Enumere \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_.

13. Há quanto tempo você está com o atual companheiro? \_\_\_\_\_
14. Você já foi casado ou viveu como casal anteriormente? ( ) sim ( ) não
15. Quantos filhos você tem? \_\_\_\_\_
16. Qual a idade deles? \_\_\_\_\_
17. Para fins de pesquisa, por favor coloque qual a sua renda pessoal: R\$ \_\_\_\_\_



## ANEXO 7 - QUESTIONÁRIO SOBRE RELACIONAMENTO CONJUGAL

Pensando no seu relacionamento **atual** com seu marido/companheiro, responda as próximas questões. Leia cada afirmativa cuidadosamente e decida pela resposta que melhor descreve como você se sente em seu relacionamento com seu esposo/companheiro. Marque com um X a resposta correspondente.

	<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>
1. Meu companheiro geralmente sabe das minhas necessidades e é sensível a elas.				
2. Eu realmente aprecio o senso de humor do meu companheiro.				
3. Meu companheiro parece não querer mais me ouvir.				
4. Meu companheiro nunca foi desleal comigo.				
5. Eu estaria disposta a deixar meus amigos se isso fosse salvar nosso relacionamento.				
6. Eu estou insatisfeita com nosso relacionamento.				
7. Eu gostaria que meu companheiro não fosse tão preguiçoso e não adiasse as coisas que tem que fazer.				
8. Às vezes, eu me sinto sozinha mesmo quando eu estou com meu companheiro.				
9. Se meu companheiro me deixasse, eu não teria mais vontade de viver.				
10. Somos capazes de concluir uma discussão respeitando nossas diferenças de opinião.				
11. É inútil prosseguir com um casamento além de um certo ponto.				
12. Nós dois parecemos gostar das mesmas coisas.				
13. Eu acho difícil mostrar para meu companheiro que eu estou querendo carinho.				
14. Eu nunca coloco em dúvida nosso relacionamento.				

15. Eu me satisfaço só em sentar e conversar com meu companheiro.				
16. Eu acho a ideia de passar o resto da minha vida com meu companheiro um tanto chata.				
17. Sempre existe muita troca em nosso relacionamento.				
18. Nós nos tornamos competitivos quando temos que tomar decisões.				
19. Eu sinto que realmente não posso mais confiar no meu companheiro.				
20. Nosso relacionamento ainda é cheio de alegria e divertimento.				
21. Um de nós está continuamente falando e o outro está geralmente quieto.				
22. Nosso relacionamento está em constante evolução.				
23. Casamento tem realmente mais a ver com segurança e dinheiro do que com amor.				
24. Eu gostaria que existisse mais carinho e afeto entre nós.				
25. Eu sou totalmente dedicada ao relacionamento com o meu companheiro.				
26. Às vezes, nosso relacionamento é tenso porque meu companheiro está sempre me corrigindo.				
27. Eu suspeito que nós podemos estar a beira da separação.				
28. Nós sempre conseguimos fazer as pazes rapidamente depois de uma discussão.				

Pensando em como é a sua relação com seu esposo/companheiro atualmente responda às próximas questões. Leia cada afirmativa cuidadosamente e decida pela resposta que melhor descreve como você se sente em seu relacionamento com seu esposo/companheiro. Marque com um X o número que corresponde à sua resposta.

	Quase nunca	Alguma vez	As vezes	Com frequência	Quase sempre
1. Nós pedimos ajuda um ao outro.					
2. Quando surgem problemas, chegamos a uma solução em consenso.					
3. Aprovamos os amigos que cada um de nós tem.					
4. Somos flexíveis na forma de lidar com nossas diferenças.					
5. Gostamos de fazer coisas juntos.					
6. Qualquer um de nós atua como líder em nosso relacionamento.					
7. Nos sentimos mais próximos um do outro que de pessoas alheias à nós.					
8. Mudamos a forma de executar nossas tarefas.					
9. Gostamos de passar nosso tempo livre juntos.					
10. Tentamos maneiras novas de resolver os problemas.					
11. Nos sentimos muito próximos um do outro.					
12. Em nossa relação tomamos as decisões juntos.					
13. Compartilhamos gostos e interesses.					
14. As regras mudam em nossa relação.					
15. Facilmente pensamos em coisas que podemos fazer como casal.					
16. Alternamos as responsabilidades da casa.					
17. Consultamos um ao outro em nossas decisões.					

18. É difícil identificar quem é o líder em nossa relação.					
19. Nossa união é prioridade.					
20. É difícil dizer quem de nós faz as tarefas domésticas.					

As questões abaixo são uma lista de assuntos sobre os quais os casais normalmente discordam. Com que frequência, no último ano você teve desentendimentos abertos com relação aos seguintes tópicos: Marque com um X o número que corresponde à sua resposta.

	Nunca (1)	Uma vez ao mês ou menos (2)	Diversas vezes ao mês (3)	Aproximadamente uma vez por semana (4)	Diversas vezes por semana (5)	Quase todos os dias (6)
1. Tarefas Domésticas:						
2. Dinheiro						
3. O tempo que vocês desfrutam juntos						
4. Sexo						
5. Os filhos						
6. Questões legais						

Existem várias maneiras de um casal lidar com desentendimentos sérios. Quando você tem um desentendimento sério com seu esposo/a com que frequência você?

	Nunca (1)	Raramente (2)	Algumas vezes (3)	Frequentemente (4)	Sempre (5)
1. Discute intensamente ou grita: com seu esposo?					
2. Discute calmamente com seu esposo?					
3. Acaba batendo ou					

atirando coisas em seu esposo?					
-----------------------------------	--	--	--	--	--

**POR FAVOR, TENHA CERTEZA DE QUE RESPONDEU A TODAS AS  
QUESTÕES, OBRIGADA.**

## QUESTIONÁRIO MASCULINO

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos.
2. Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino
3. Situação conjugal: ( ) casado oficialmente ( ) morando juntos/união estável
4. Escolaridade:
  - ( ) Ensino fundamental - 1o grau
  - ( ) Ensino Médio - 2o grau
  - ( ) Ensino Superior - Faculdade
  - ( ) Pós-Graduação
  - ( ) Sem instrução
5. Você trabalha fora? ( ) sim ( ) não
6. Quantas horas por dia, aproximadamente, você trabalha? \_\_\_\_\_
7. Em dias de SEMANA, quantas horas por dia, você fica na companhia do(s) seu(s) FILHO(S)? \_\_\_\_\_
8. Nos FINAIS DE SEMANA, quantas horas por dia, você fica na companhia do (s) seu (s) FILHO(S)? \_\_\_\_\_
9. Em dias de SEMANA, quantas horas por dia, você fica na companhia da(s) sua(s) ESPOSA/COMPANHEIRA? \_\_\_\_\_
10. Nos FINAIS DE SEMANA, quantas horas por dia, você fica na companhia da (s) sua (s) ESPOSA/COMPANHEIRA? \_\_\_\_\_
11. Número de pessoas que moram com você: \_\_\_\_\_
12. Quem? Enumere \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_.
13. Há quanto tempo você está com a atual companheira? \_\_\_\_\_
14. Você já foi casado ou viveu como casal anteriormente? ( ) sim ( ) não

15. Quantos filhos você tem? \_\_\_\_\_

16. Qual a idade deles? \_\_\_\_\_

17. Para fins de pesquisa, por favor, coloque qual a sua renda pessoal: R\$ \_\_\_\_\_

### Questionário sobre Relacionamento Conjugal

Pensando no seu relacionamento **atual** com sua esposa/companheira, responda as próximas questões. Leia cada afirmativa cuidadosamente e decida pela resposta que melhor descreve como você se sente em seu relacionamento com sua esposa/companheira.

Marque com um X a resposta correspondente.

	<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>
1. Minha companheira geralmente sabe das minhas necessidades e é sensível a elas.				
2. Eu realmente aprecio o senso de humor da minha companheira.				
3. Minha companheira parece não querer mais me ouvir.				
4. Minha companheira nunca foi desleal comigo.				
5. Eu estaria disposto a deixar meus amigos se isso fosse salvar nosso relacionamento.				
6. Eu estou insatisfeito com nosso relacionamento.				
7. Eu gostaria que minha companheira não fosse tão preguiçosa e não adiasse as coisas que tem que fazer.				
8. Às vezes, eu me sinto sozinho mesmo quando eu estou com minha companheira.				
9. Se minha companheira me deixasse, eu não teria mais vontade de viver.				
10. Somos capazes de concluir uma discussão respeitando nossas diferenças de opinião.				
11. É inútil prosseguir com um casamento além de um certo ponto.				
12. Nós dois parecemos gostar das mesmas coisas.				
13. Eu acho difícil mostrar para minha companheira que eu estou querendo carinho.				
14. Eu nunca coloco em dúvida nosso relacionamento.				



15. Eu me satisfaço só em sentar e conversar com minha companheira.				
16. Eu acho a idéia de passar o resto da minha vida com minha companheira um tanto chata.				
17. Sempre existe muita troca em nosso relacionamento.				
18. Nós nos tornamos competitivos quando temos que tomar decisões.				
19. Eu sinto que realmente não posso mais confiar na minha companheira.				
20. Nosso relacionamento ainda é cheio de alegria e divertimento.				
21. Um de nós está continuamente falando e o outro está geralmente quieto.				
22. Nosso relacionamento está em constante evolução.				
23. Casamento tem realmente mais a ver com segurança e dinheiro do que com amor.				
24. Eu gostaria que existisse mais carinho e afeto entre nós.				
25. Eu sou totalmente dedicado ao relacionamento com a minha companheira.				
26. Às vezes, nosso relacionamento é tenso porque minha companheira está sempre me corrigindo.				
27. Eu suspeito que nós podemos estar a beira da separação.				
28. Nós sempre conseguimos fazer as pazes rapidamente depois de uma discussão.				

Pensando em como é a sua relação com sua esposa/companheira atualmente responda às próximas questões. Leia cada afirmativa cuidadosamente e decida pela resposta que melhor descreve como você se sente em seu relacionamento com sua esposa/companheira. Marque com um X o número que corresponde à sua resposta.

	Quase nunca	Alguma vez	As vezes	Com frequência	Quase sempre
1. Nós pedimos ajuda um ao outro.					
2. Quando surgem problemas, chegamos a uma					

solução em consenso.					
3. Aprovamos os amigos que cada um de nós tem.					
4. Somos flexíveis na forma de lidar com nossas diferenças.					
5. Gostamos de fazer coisas juntos.					
6. Qualquer um de nós atua como líder em nosso relacionamento.					
7. Nos sentimos mais próximos um do outro que de pessoas alheias à nós.					
8. Mudamos a forma de executar nossas tarefas.					
9. Gostamos de passar nosso tempo livre juntos.					
10. Tentamos maneiras novas de resolver os problemas.					
11. Nos sentimos muito próximos um do outro.					
12. Em nossa relação tomamos as decisões juntos.					
13. Compartilhamos gostos e interesses.					
14. As regras mudam em nossa relação.					
15. Facilmente pensamos em coisas que podemos fazer como casal.					
16. Alternamos as responsabilidades da casa.					
17. Consultamos um ao outro em nossas decisões.					
18. É difícil identificar quem é o líder em nossa relação.					
19. Nossa união é prioridade.					
20. É difícil dizer quem de nós faz as tarefas domésticas.					

As questões abaixo são uma lista de assuntos sobre os quais os casais normalmente discordam. Com que frequência, no último ano você teve desentendimentos abertos com sua esposa com relação aos seguintes tópicos? Marque com um X o número que corresponde à sua resposta.

	Nunca (1)	Uma vez ao mês ou menos (2)	Diversas vezes ao mês (3)	Aproximadamente uma vez por semana (4)	Diversas vezes por semana (5)	Quase todos os dias (6)

1. Tarefas Domésticas:						
2. Dinheiro						
3. O tempo que vocês desfrutam juntos						
4. Sexo						
5. Os filhos						
6. Questões legais						

Existem várias maneiras de um casal lidar com desentendimentos sérios. Quando você tem um desentendimento sério com sua esposa com que frequência você?

	<b>Nunca (1)</b>	<b>Raramente (2)</b>	<b>Algumas vezes (3)</b>	<b>Frequentemente (4)</b>	<b>Sempre (5)</b>
1. Discute intensamente ou grita: com sua esposa?					
2. Discute calmamente com sua esposa?					
3. Acaba batendo ou atirando coisas em sua esposa?					

**POR FAVOR, TENHA CERTEZA DE QUE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES, OBRIGADA.**



**Escala Interação**

	1 min	2 min	3 min	4 min	5 min	6 min	7 min	8 min	
Suave/fácil									Difícil
Engraçado									Sério
Satisfatório									Insatisfatório
Muito envolvimento									Nenhum envolvimento
Animado									Envolvimento tranquilo