

DEPRESSÃO PÓS-NATAL NO HOMEM

Aldiro Magano^{*}; António Ferreira^{**}; Fernanda Príncipe^{***}; Manuela Ferreira^{****}

^{*}Mestre em Saúde Pública; Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Docente da ESEnCVPOA;

^{**}Mestre em Saúde Pública; Docente da ESEnCVPOA;

^{***}Mestre em Ciências da Educação; Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica; Docente da ESEnCVPOA;

^{****}Doutora, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária; Docente da ESEnCVPOA.

Resumo

A psicopatologia da Depressão Pós Natal (DPN) nos homens, apesar da sua importância quer na dimensão individual quer nos efeitos interativos, encontra-se pouco estudada pela comunidade científica, e a sua caracterização e análise etiológica, pouco compreendidas e retratadas na bibliografia atual.

A pesquisa efetuada permite-nos ainda assim, encontrar alguns estudos que sugerem que 3 a 13% dos homens, deprime no período pós parto das respetivas mulheres/companheiras e que o estado depressivo persiste muito frequentemente durante um período longo, que por vezes se estende até 6 meses a um ano após o parto. A esta situação, pode-se acrescentar o facto de os homens afetados habitualmente não procurarem ajuda de profissionais, e destes não se questionarem sobre a problemática, o que torna a situação mais difícil, complexa e por isso de emergente necessidade de intervenção.

Alterações do relacionamento conjugal e distúrbios do desenvolvimento da relação dos pais com o bebé, podem ser algumas das consequências resultantes desta psicopatologia.

Neste artigo, pretendemos fazer a síntese da epidemiologia da DPN e dos fatores de risco associados que evidenciamos num estudo que desenvolvemos na consulta externa do serviço de Obstetrícia do Hospital de São Sebastião em homens companheiros de grávidas seguidos durante 9 semanas entre a 36ª semana de gravidez e a 6ª semana pós natal da mulher.

Palavras-Chave: Depressão Pós Natal; Homem

Introdução

Nos últimos tempos, os investigadores têm observado que o nascimento de um filho, desencadeia nos homens o mesmo reportório de condutas "maternas", simplesmente eles demoram mais para se entusiasmar, pois sem dúvida, não estão tão preparados biológica e culturalmente como as mulheres¹. De igual forma, os homens podem apresentar manifestações de sintomas depressivos que podem diferir dos apresentados pelas mulheres, o que os pode tornar irreconhecíveis pelos atuais sistemas de diagnóstico², deixando-os por isso sem tratamento ajustado.

As consequências que a vivência do estado depressivo pode ter no homem, no bebé, no casal ou na família, neste período que se crê festivo, podem ser de grande dimensão, se não se tentar intervir no sentido de preparar o casal a novos papéis e acontecimentos de vida.

Metodologia

Foi realizado um estudo constituído por uma amostra de 66 homens maridos/companheiros de grávidas utentes da Consulta Externa de Obstetrícia do Hospital S. Sebastião, em Santa Maria da Feira, que frequentavam essa consulta no período compreendido entre julho de 2005 e agosto de 2006. O desenho do estudo foi prospetivo. Os participantes foram

seguidos longitudinalmente da 36ª semana de gravidez da mulher/companheira até à 6ª semana pós-parto. A recolha de dados foi desenvolvida em três momentos de avaliação: o primeiro momento de avaliação decorreu na 36ª semana de gravidez da mulher/companheira; o segundo, na 2ª semana e o terceiro, na 6ª semana pós-parto.

Os participantes foram contactados na Consulta Externa de Obstetria do Hospital S. Sebastião, na 36ª semana de gravidez das respetivas mulheres/companheiras. Após explicação dos objetivos e metodologias do estudo e obtenção de consentimento informado, os participantes preencheram os questionários, numa sala contígua ao consultório médico de Obstetria. Os elementos do casal foram entrevistados em separado, e foram-lhes entregues os restantes questionários (tal como assinalado na tabela 1), com envelopes selados, e etiquetados com o remetente, para serem preenchidos e remetidos nos outros momentos de avaliação. Foram informados de que seria realizado um contacto telefónico nessa altura para relembrar o preenchimento e a devolução dos questionários. Nas situações em que tal não fosse possível, seria efetuada uma visita domiciliária para recolha dos instrumentos de avaliação, de forma a minimizar as perdas de dados. Assim, volvidas duas semanas após o nascimento do bebé, entramos em contacto telefónico com os participantes e repetimos esse procedimento à sexta semana pós-parto.

Tabela 1

Instrumentos	Gravidez 36ª Semana	Nascimento	Semana Pós Natal	
			2ª	6ª
Quest sócio-demográfico	X		X	
EPI	X			
SSNI	X			
EPDS	X		X	X
HADS	X		X	X
GRAFFAR	X			

Resultados

No primeiro momento da colheita de dados, selecionamos os homens cujas mulheres / companheiras tinham entre 36 e 37 semanas de gravidez.

A idade média é de 28,65 anos, com uma idade mínima de 18 anos e uma idade máxima de 39, e um desvio padrão de 5,39. Todos os participantes da amostra viviam, na altura em que decorreu o estudo, com a cónjuge / companheira (critério de inclusão), sendo que 75,8% eram casados e 24,2% viviam em coabitação com a grávida (em média, há 2,4 anos) Destes, 21,2% eram solteiros e 3,0% divorciados.

Os participantes distribuíam-se por classes sociais, de acordo com os critérios de Graffar ⁽⁷⁶⁾ da seguinte forma: 47% dos participantes encontravam-se na classe III, 40,9% pertencia à classe II, e por fim, 12,1% à classe I. É de realçar ainda que não existiam participantes com critérios para ser incluídos nas classes IV e V.

Questionados sobre o nível de instrução, 56,1% dos inquiridos completaram o terceiro ciclo, surgindo na segunda posição o curso técnico ou profissional e o ensino universitário com 18,2% cada. Apenas 7,6% dos participantes referiram ter um nível de instrução correspondente ao primeiro ou segundo ciclo, e nenhum participante referiu ter um nível de instrução inferior ao primeiro ciclo.

As categorias profissionais dos participantes eram diversificadas, sendo que as percentagens maiores englobavam as funções de operário semi especializado (40,9%), administrativo / vendedor técnico (24,2%) e não especializado (22,7%). Apenas 12,1% tinham profissões mais diferenciadas assim distribuídas; 4,5% eram administradores/pequenos empresários, 7,6% eram diretores.

Relativamente ao rendimento familiar, verificamos que 71,2% dos elementos do nosso estudo referem apenas rendimentos tipo 3 (que correspondem a um vencimento mensal fixo tipo operário) e 28,8% dizem ter rendimentos tipo 4 (que resultam duma remuneração por semana,

por hora, ou à tarefa). Curiosa é a ausência de outros tipos de rendimentos declarados pelos participantes no estudo.

Registamos também os dois principais acontecimentos no último ano, acedendo a uma medida genérica sobre acontecimentos de vida. Verificamos que a maior percentagem (54,5%) não referiu qualquer problema. Dos acontecimentos referidos pelos restantes, a "Perda relevante" situava-se como o mais significativo (para 16,7%), seguido de "Finanças" (10,6%), "Saúde" (9,1%), "Relações Conjugais" (4,5%), "Trabalho" (3%) e "Outros" (1,5%).

Relativamente ao segundo acontecimento mais importante, 62,1% de indivíduos que não referiam qualquer problema, colocando-se as "Finanças" em primeiro lugar para os restantes.

O agregado familiar dos participantes variava entre dois e sete elementos. A maioria dos inquiridos (37,9%), apresentava três elementos.

Na identificação dos grupos com os quais os participantes se relacionavam, constatamos que 31,8% referiram os "Amigos da Juventude", 25,8% um "Grupo de Carácter Recreativo", 19,7% um "Grupo Profissional" e 15,2% uma "Organização". 7,6% indicaram que não se relacionavam com nenhum grupo ou não o referiram.

Relativamente ao nº de pessoas significativas incluídas na rede geral de suporte social, verificamos que 62,1% referiram ter entre oito e dez pessoas significativas na sua rede de apoio, sendo que em média, os participantes apresentavam 8,08 elementos, com um desvio padrão de 2,078 (min-máx: 3-14). A média da cotação do suporte geral era de 133,3, e a cotação do suporte relacionado com acontecimento de vida era de 26,8.

No Gráfico 1, apresentamos o suporte sentido recebido face ao acontecimento de vida mais importante

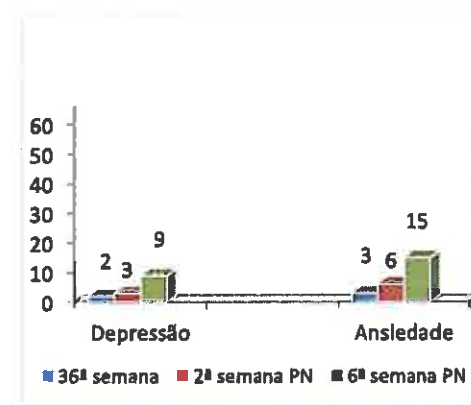
A dispersão dos resultados da nossa amostra nas dimensões de personalidade Extroversão/Introversão e Neuroticismo/Estabilidade era a seguinte: os participantes tinham uma cotação

média de 11,39 em Extroversão/Introversão (min-máx: 7-15; desvio padrão: 2,11), sendo a mediana situada em 11,5 e em Neuroticismo/Estabilidade, tinham uma cotação média de 12,41, com mediana em 12 (min-máx:7-18; desvio padrão: 2,81).

Verificamos o surgimento de sete "Casos novos" que evidenciavam critérios de Depressão (Taxa de incidência de 12%). A prevalência aumentou, do primeiro ao último momento do estudo (15% de taxa). Este aumento tornou-se mais evidente entre a 2ª e a 6ª semana Pós-Natal.

Da mesma forma, a ansiedade teve também um crescimento acentuado nesse período (taxa de incidência de 21% no final do estudo, em relação à 36ª semana). Tal como na situação anterior, a maior diferença verificou-se após a 2ª semana, passando dos 6 para 15 indivíduos com manifestação clara de sintomas de ansiedade.

Depressão e ansiedade



Comparando isoladamente cada uma das variáveis, podemos verificar no gráfico 3 que, à 36ª semana, 3% dos participantes (2) apresentavam critérios de Depressão de severidade maior (EPDS \geq 13). Os restantes 97,0% não apresentavam pelo EPDS sintomas de Depressão (cotação <10), não existindo, portanto, participantes com Depressão de severidade moderada (EPDS entre 10 e 12).

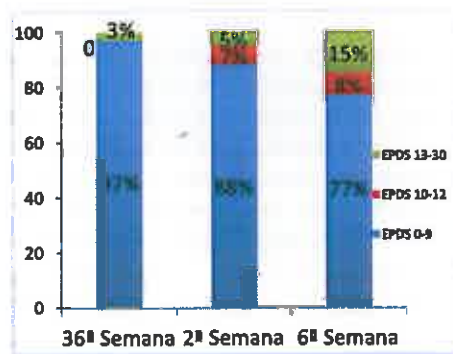
Na análise dos dados da 2ª semana Pós-Natal, podemos constatar que 88% não apresentavam sintomas de ocorrência de Depressão. Esta percentagem em relação ao 1º momento sofre uma alteração de 9%, verificando-se a deslocação 7% dos homens para a classe de 10-12, onde já poderão evidenciar ocorrência de Depressão menor, e o aumento de 2% para a classe de 13-30, passando para 5% o número de indivíduos com evidência de sintomas de Depressão de severidade superior à anterior.

Na 6ª semana Pós-Natal, verificamos que se mantém uma tendência de aumento dos números de ocorrência e gravidade da Depressão. Assim, diminui o número de elementos posicionados na classe de 0-9, passando de 88% para 77% (que não apresentavam quaisquer sintomas de ocorrência de Depressão). A deslocação faz-se para as classes que evidenciam Depressão, sendo que agora, a maior subida é para a classe dos sintomas de severidade superior – classe de 13-30 – que passa para 15% neste 3º momento de avaliação. A classe de 10-12, onde já evidenciam sintomas de ocorrência de Depressão menor, tem um pequeno aumento de 1% (dos 7% para 8%).

Podemos então dizer que a Incidência e a Prevalência da Depressão aumentam com o nascimento de um filho, e que esse aumento é mais acentuado entre a segunda e a sexta semana pós-natal.

Podemos então dizer que a Incidência e a Prevalência da Depressão aumentam com o nascimento de um filho, e que esse aumento é mais acentuado entre a segunda e a sexta semana pós-natal.

Gráfico 3 – Gravidade da depressão



Concluimos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores de EPDS nos diferentes momentos de avaliação, sendo ainda de realçar o aumento gradual que se verificou da gravidez para a 2ª semana ($t = 6,774$; $p = 0,001$) e desta para a 6ª semana ($t = 5,399$; $p = 0,001$) (ver quadro 1).

Discussão

A investigação epidemiológica fundamentou-se no estudo longitudinal dos homens estudados. Apesar de haver algumas diferenças relativamente à metodologia temporal doutros estudos, não deixa de ser interessante o facto de existir considerável convergência nos resultados deste estudo com outros realizados por outros autores, em Portugal e noutros países, com taxas de incidência entre 3 e 13%, o que permite fazer comparações transculturais, e equacionar questões relacionadas com a importância de alguns fatores sociais na gênese da Depressão, além de realçar a universalidade deste fenómeno. No sentido de saber se existe associação entre as perturbações do período pré natal e do puerpério, comparamos as manifestações do homem na 36ª semana de gravidez da mulher/companheira com a 2ª e 6ª semana pós parto. Verificamos que aqueles que se encontravam com sintomatologia depressiva no início do estudo, apresentavam Depressão de maior severidade no período PN. Estes resultados reforçam os encontrados noutros estudos, onde se verificava que a prevalência de perturbação depressiva era significativamente maior após o nascimento dum filho, demonstrando que este acontecimento de vida tem um papel potenciador neste tipo de patologia³.

Fatores associados com a ocorrência de DPN: Os fatores que identificamos como influentes no surgimento da depressão e que julgamos dever salientar, foram agrupados em:

Fatores demográficos, psicossociais, clínicos e obstétricos/ginecológicos da companheira.

Fatores demográficos

Apesar do consenso em relação à importância de variáveis demográficas, os mecanismos causais subjacentes às relações entre estas e distúrbios afetivos parecem obscuros. Um tipo de explicação sugere que os fatores demográficos servem para "camuflar" alguns problemas sociais. Não existe evidência duma relação direta entre o aumento do risco e fatores como a idade. Estes resultados são consistentes com os de outros estudos, que afirmam a inexistência de relação entre estas duas variáveis^{4,5}. Opostamente verificamos que os homens casados deprimem mais do que os solteiros, e encontramos também uma associação entre a DPN e a profissão, (quanto mais importante o cargo ou a responsabilidade, maior o nível de Depressão). Esta associação não é referida por outros autores, podendo encontrar-se sobre elevado na nossa população devido à instabilidade laboral em que atualmente vivemos.

Fatores psicossociais

Verificamos que quanto mais neurótico e mais introvertido fosse o homem, maior a probabilidade de deprimir após o nascimento do filho.

Os nossos resultados reforçam assim os encontrados noutras investigações que evidenciam que a personalidade prévia do tipo neurótico e introversão predispõe à DPN^{6,7,8}

Um baixo nível na rede de suporte social é descrita em inúmeros estudos como fator que detém grande influência na ocorrência de depressão^{9,10,11,12}. Também no nosso estudo encontramos uma forte associação entre a Depressão nos vários momentos e a dimensão da rede de suporte e a qualidade da mesma.

Relativamente aos acontecimentos de vida, a nossa avaliação apoiou-se no registo realizado para os dois acontecimentos mais importantes ocorridos no último ano, e na sua classificação de acordo com as categorias definidas por Paykel. Verificamos que estas categorias só apresentam uma relação significativa com a presença de Depressão na 36ª semana de gravidez; estes dados não corroboram com os resultados obtidos por outros autores, usando métodos mais exaustivos de avaliação desta variável, nomeadamente Paykel, citado por Areias¹³. De destacar que as diferenças se podem dever às diferenças metodológicas aplicadas.

Fatores clínicos

Importa também realçar que, tal como noutros estudos^{14,15} encontramos uma relação positiva entre Depressão e Ansiedade, constatando que os indivíduos com níveis de ansiedade mais elevados têm maior probabilidade de deprimir.

Fatores obstétricos

O planeamento da gravidez manifestou-se como uma variável com valor preditivo em relação à patologia depressiva¹⁶.

Da mesma forma, quando analisamos a relação entre DPN e o tipo de parto atual, verificamos que há uma relação estatisticamente significativa, o que prediz que quando os participantes estavam deprimidos na gravidez das mulheres/companheiras, ocorriam mais frequentemente complicações de parto. Por outro lado, quanto mais complicado o parto, maior a probabilidade dos participantes se encontrarem deprimidos à 2ª e 6ª semanas Pós-Natal. Um outro resultado pertinente e que contraria uma das nossas expectativas iniciais, tem lugar na análise da influência que a Depressão num membro do casal teria na ocorrência de Depressão no respetivo par. Verificamos que a Depressão nos maridos/companheiros se associava com os níveis de Depressão nas mulheres, mas

essa relação só era significativa para o período de gravidez. Verificamos assim que, na nossa amostra, esta relação não se manifestou tão forte como a encontrada noutros estudos que evidenciavam que a ocorrência de Depressão nos homens e nas respetivas mulheres/companheiras se influenciavam mutuamente^(17,18,19). No entanto, esses estudos longitudinais, ao contrário do nosso, seguiam os participantes até seis a doze meses pós-

natais, o que naturalmente poderia propiciar uma reação dos inquiridos às Depressões nas companheiras. O período de tempo que utilizamos não permitirá, por isso, tão facilmente a verificação de novas ocorrências depressivas Pós-Natais nos homens em reação às das suas companheiras.

EPDS

VARIÁVEIS	36ª semana Gravidez	2ª semana pós natal	6ª semana pós natal
Idade	R = 0,181 p = 0,147	R = 0,162 p = 0,215	R = 0,151 p = 0,249
Estado Civil	Chi = 6,657 p = 0,036	Chi = 8,286 p = 0,016	Chi = 8,313 p = 0,016
Categoria Profissional	Chi = 28,731 p = 0,000	Chi = 23,244 p = 0,000	Chi = 18,932 p = 0,001
Rendimento Familiar	Chi = 5,538 p = 0,019	Chi = 2,092 p = 0,148	Chi = 1,635 p = 0,201
Categorias de Acontecimentos (Classificação de Paykel)	Chi = 16,03 p = 0,014 n = 30	Chi = 10,77 p = 0,096 n = 30	Chi = 10,839 p = 0,093 n = 30
Dimensão da Rede de Suporte Social	R = -0,403 p = 0,001 n = 66	R = -0,489 p = 0,000 n = 66	R = -0,514 p = 0,000 n = 66
Cotação na Escala de Suporte Geral	R = -0,435 p = 0,000 n = 66	R = -0,440 p = 0,000 n = 66	R = -0,454 p = 0,000 n = 66
Cotação na Escala Suporte Relativo a Acontecimento de Vida	R = -0,276 p = 0,036 n = 30	R = -0,227 p = 0,086 n = 30	R = -0,214 p = 0,107 n = 30
Neuroticismo/ Estabilidade	R = 0,447 p = 0,000 n = 66	R = 0,464 p = 0,000 n = 66	R = 0,453 p = 0,000 n = 66
Extroversão/ Introversão	R = -0,417 p = 0,000 n = 66	R = -0,520 p = 0,000 n = 66	R = -0,464 p = 0,000 n = 66
Sintomas de Ansiedade	R = 0,603 p = 0,000	R = 0,453 p = 0,000	R = 0,788 p = 0,000
Sintomas de Depressão	R = 0,395 p = 0,001	R = 0,519 p = 0,000	R = 0,521 p = 0,000
Planeamento de Gravidez	Chi = 9,33 p = 0,002	Chi = 7,658 p = 0,006	Chi = 8,87 p = 0,003
Tipo de Parto Anterior	Chi = 5,197 p = 0,020	Chi = 3,315 p = 0,065	Chi = 2,88 p = 0,094
Tipo de Parto Atual	Chi = 7,591 p = 0,006	Chi = 6,993 p = 0,008	Chi = 5,738 p = 0,017

Conclusão

A realização deste estudo teve como principal propósito conhecer e analisar a Depressão nos homens que vão ter ou que tiveram recentemente um filho.

Para tal, desenvolvemos um estudo alicerçado numa extensa pesquisa bibliográfica e na análise de investigações publicadas neste domínio científico, e que teve os seguintes objetivos:

a) Analisar as associações entre a Depressão no período de gravidez da

mulher/companheira, a D.P.N. e um conjunto de variáveis demográficas, psicossociais, clínicas e obstétricas selecionadas.

b) Analisar e comparar os padrões de ocorrência de Depressão no período de gravidez da mulher/companheira e período P.N. inicial, nos homens.

c) Comparar a prevalência de D.P.N. nos homens e nas suas respectivas mulheres/companheiras.

Em jeito de conclusão, poderemos sintetizar os aspetos mais salientes da nossa investigação:

A ocorrência de Depressão ao longo dos três momentos de avaliação tende a ter níveis mais elevados no período Pós-Natal, atingindo o seu pico na 6ª semana, que corresponde ao último momento de avaliação deste estudo.

Os homens têm mais tendência a deprimir no período pós parto em relação ao período de gravidez da mulher/companheira. Há fatores como o estado civil, a profissão, a dimensão da rede de suporte social, a cotação de suporte geral e de suporte relativo a acontecimentos de vida, os traços de personalidade prévia, a ansiedade, o planeamento da gravidez e tipo de parto, que influenciam o surgimento dessa sintomatologia depressiva.

Podemos concluir igualmente que os homens apresentam níveis de depressão mais baixos, em qualquer um dos momentos de avaliação, assim como na prevalência cumulativa no final da 6ª semana P.N., quando comparada com as suas respectivas mulheres/companheiras.

No nosso estudo, verificamos também que a Depressão nos homens apenas se correlacionava positivamente, com significado estatístico, com a Depressão nas mulheres/companheiras durante a gravidez. No período Pós-Natal, essa correlação mantinha-se, mas desta vez sem significado estatístico.

Consideramos que o nosso estudo permitiu alargar horizontes no conhecimento sobre a D.P.N. em Homens, encontrando novos dados que reforçam os existentes, e que nos relembram, enquanto profissionais de

saúde, que o processo de gravidez e de parentalidade é vivenciado por um casal, sendo que qualquer dos elementos pode ser mais afetado ou pode desenvolver uma reação mal adaptativa.

Realçamos como pontos fortes do nosso estudo, o facto de termos investigado uma patologia pouco abordada pela comunidade científica internacional, assim como a dimensão da nossa amostra que conseguiu incluir 60 homens num seguimento prospetivo desde a gravidez até 6 semanas Pós-Natais, com repetição das mesmas medidas.

Uma das mais valias do nosso estudo é a de identificar constelações de fatores de risco para a D. P. N. nos homens que permitirão aos profissionais de saúde fazer a deteção e prevenção precoce destes acontecimentos e eventual encaminhamento para intervenção aos elementos do casal, salvaguardando assim, situações futuras no bebé.

Não poderíamos terminar sem deixar no ar algumas questões que apesar de não termos agora resolvido ou discutido, deixam em nós a curiosidade de um dia, com o prolongamento deste estudo, encontrar as respostas:

- Como se desenvolverão as crianças cujos pais manifestaram Depressão?

- Que relação existirá entre a Depressão agora identificada e a consistência vivencial do casal?

Estamos convictos de que a curiosidade nos obrigará a tentar encontrar as respostas às questões que agora se levantam.

Referências Bibliográficas

¹ Verry T., & Kelly, J. (1988). *La Vida Secreta del Niño antes de Nacer*. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Urano

² Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D.J., & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburg Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*. p.175-184

- ³ Ballard, CG., Davis, R., & Cullen, PC. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal Psychiatry*. p. 782-788
- ⁴ O'Hara, MW., & Swain, AM. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta analysis. *International Review of Psychiatry*. p. 37-54
- ⁵ Tammentie, T., Tarkka, MT., Astedt-Kurki, P., & Paavilainen, E. (2002). Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *International Journal of Nursing Practice*. 8 (5), p.240-246
- ⁶ Beck, At., Rush, Aj., Shaw, Bf., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press
- ⁷ Areias, MEG. (1994) Maternidade e Depressão no Casal. Para Obtenção do grau de doutor, Porto
- ⁸ Kane JFJ. (1985) *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV*, Baltimore
- ⁹ O'Hara, MW., & Swain, AM. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta analysis. *International Review of Psychiatry*, p. 37-54
- ¹⁰ Brugha, TS., Sharp, HM., Cooper, SA., Weisender, C., Britto, D., Shinkwin R., et al. (1998). The Leicester 500 Project: Social support systems and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine*, 1 (28), p. 63-79.
- ¹¹ Johnstone, SJ., Boyce, PM., Hickey, AR., Morris-Yates, AD., & Harris, MG. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, p. 69-74
- ¹² O'Hara, MW. (1986). Sustentação, eventos de vida, e depression sociais durante a gravidez e o puerperium. *Psychiatry* 43, p. 569-573
- ¹³ Areias, MEG. (1994) Maternidade e Depressão no Casal. Para Obtenção do grau de doutor, Porto
- ¹⁴ Teixeira, JAC., & Resende, IP. (1985). Depressões: alguns aspetos fenomenológicos e existenciais. *Psiquiatria clínica*, p. 217-221
- ¹⁵ Mcneil, TF. (1986). A Prospective study of post partum episodes. *Acta Psychiatr Scand*, p. 205-216.
- ¹⁶ Cryan, E., Keogh, F., Connolly, E., Cody, S., Quinlan, A., & Daly, I. (2000). Depression among postnatal women in an urban Irish community. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1 (18), p. 5-10
- ¹⁷ Lamperrière, T., Rouillon, T., & Lépine, JP. (1984). *Troubles Psychiques liés à la puerpéralité*. Paris
- ¹⁸ Lebovici, S., & Rabain-Lebovici, (1995). Psychopathologie des enfants provenant de familles psychotiques ou dépressives. In : S., Lebovici, R., Diatkine, M., Soulé (edit.), *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Paris: PUF
- ¹⁹ Fradique F., (1990). Depressão Puerperal: Prevenir ou Remediar? In JP., Almeida, I., Botelho, M., Geada (edit.), *A Psicologia nos Serviços de Saúde Primários*. Lisboa: APPORT