Nascer no Brasil II

Projeto COVID-19 e gestação

Agosto/2020

TRANSTORNOS MENTAIS PATERNOS NO PÓS-PARTO E VÍNCULO PAI-BEBÊ

Palavras-chave: Paternidade; Pais; Depressão Pós-parto; Ansiedade; Vínculo

Justificativa para estudar a saúde mental paterna na pesquisa **"Nascer no Brasil II"**

A depressão perinatal é um importante problema de saúde pública em função de sua elevada prevalência e suas consequências sobre a saúde da mãe e da criança. Trata-se de um problema global, que ocorre em todos os grupos sociais, econômicos e culturais. Atenção crescente tem sido dada aos sintomas depressivos pré e pós-parto (DPP) maternos, mas pouco se sabe sobre a prevalência de depressão pré e pós-parto paterna. A literatura sobre depressão paterna sugere que, assim como as mães, os pais apresentam maior risco de depressão no pós-parto e nos períodos gestacionais (PAULSON & BAZEMORE, 2010) .

Introdução:

Apesar das evidências de que a paternidade tem um efeito positivo e protetor a longo prazo na saúde dos homens, também há evidências de que a paternidade no período perinatal pode ser complexa e exigir novas responsabilidades aos pais. Devido ao aumento potencial de estressores no período perinatal, há motivos para supor que é um momento de aumento do estresse para os pais (PHILPOTT ET AL, 2017).

Além disso, há um conhecimento crescente de que a depressão das mães durante a gravidez e pós-parto está associada à sintomatologia depressiva dos pais (GOODMAN, 2004). Um estudo de coorte de nascimentos que investigou trajetórias dos sintomas depressivos de ambos os pais, do pré-natal aos 24 meses pós-parto, mostrou que a trajetória dos sintomas depressivos da mãe também está significativamente associada à maior trajetória dos sintomas depressivos do pai.

A depressão paterna pode incluir sentimentos de medo, confusão, frustração, raiva, desamparo e falta de apoio. Muitos fatores de risco estão associados a este transtorno mental, como a baixa renda familiar, sintomas depressivos pré-natais elevados, baixo apoio social pós-natal, tabagismo, insônia, depressão precoce, ansiedade, estresse e ambiente familiar precário (UNDERWOOD ET AL, 2017).

A ocorrência da pandemia por COVID19 tem se mostrado um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais na população geral. Situações de confinamento, perda do trabalho, redução do poder aquisitivo, perda de familiares, internação em UTI, têm se mostrado associados à ocorrência de transtornos mentais. Entretanto, pouco se sabe sobre seu efeito sobre a saúde mental das mães infectadas na gestação e suas repercussões sobre a saúde mental dos pais, e consequentemente, no relacionamento dos pais com o bebê (CASTRO-ARAÚJO& MACHADO, 2020).

Os sintomas de depressão de mães e pais durante a gravidez e o pós-parto estão associados ao prejuízo para a saúde e o bem-estar das crianças. As influências maternas iniciais são cruciais no desenvolvimento da prole e a depressão pós-natal materna afeta a qualidade dos cuidados maternos e prediz distúrbios no desenvolvimento social, comportamental, cognitivo e físico posterior das crianças. A DPP paterna não afeta apenas o indivíduo, mas também o relacionamento com parceiros e filhos. Pais com DPP apresentam um padrão pior de interação com seus bebês em relação à responsividade, humor e sensibilidade (IERARDI ET AL, 2019). Além disso, a co-ocorrência de depressão em mães e pais durante a gravidez e o período pós-parto está associada a escores mais altos de comportamento agressivo, problemas de atenção e comportamentos de externalização e internalização nos primeiros 3 anos após o nascimento (VOLLING ET AL, 2019).

A relevância do problema nos primeiros meses de vida da criança também é notável à luz de suas consequências, que atingem não só os pares de adultos envolvidos, mas também a criança e outros membros da família. A literatura tem evidenciado sérias consequências da DPP na saúde da criança, tais como, prejuízos à amamentação, desnutrição infantil, falhas na imunização e no acompanhamento da criança nos serviços de saúde. Ademais, a depressão materna, paterna ou de ambos os pais, parece ter consequências emocionais duradouras que podem se manifestar ao longo de toda a vida, sendo ameaças ao pleno crescimento e desenvolvimento (Ip P ET AL, 2018).

Apesar da relevância do problema, não temos ainda nenhum estudo de abrangência nacional que tenha estimado a prevalência dos transtornos mentais paternos no pós-parto. Além disso, poucas pesquisas anteriores estudaram as relações do transtorno mental paterno com os principais desfechos negativos maternos e do bebê no Brasil. O presente estudo pretende preencher esta importante lacuna. Ao estimar a magnitude do problema

em uma sub-amostra da pesquisa Nascer no Brasil 2, os fatores de risco associados, e suas consequências à saúde das mães e bebês, espera-se sensibilizar gestores e profissionais de saúde para a importância do rastreamento do problema durante o pós-parto e primeiros meses de vida da criança, além de estar contribuindo para a geração de evidências científicas que subsidiem as políticas e ações de enfrentamento deste importante problema de saúde pública.

Hipótese: Pais no período pós-parto de seus filhos estão em risco maior de desenvolver transtornos mentais. Os transtornos mentais neste período pode afetar o estabelecimento do vínculo com o bebê.

Objetivo Primário: Estimar a prevalência de transtornos mentais paternos no pós-parto (DPP e ansiedade) em 5 regiões metropolitanas brasileiras (Rio de Janeiro, Pernambuco, Amazonas, Rio Grande do Sul e Distrito Federal)

Objetivos secundários:

1) Identificar desigualdades raciais, geográficas e socioeconômicas na prevalência de transtornos mentais paternos no pós-parto;
2) Estudar os fatores de risco para a ocorrência de transtornos mentais paternos no pós-parto;
3) Avaliar as relações entre ocorrência de transtornos mentais paternos no pós-parto e a infecção materna na gestação por COVID-19 (dados maternos coletados na pesquisa Nascer no Brasil);
4) Avaliar as relações entre a ocorrência de transtornos mentais paternos no pós-parto com transtornos mentais maternos no pós-parto (depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático - dados maternos coletados na pesquisa Nascer no Brasil);
5) Avaliar as relações entre ocorrência de transtornos mentais paternos no pós-parto e indicadores de saúde infantil como aleitamento materno, cumprimento do calendário vacinal, crescimento e desenvolvimento, entre outros (dados da criança coletados na pesquisa Nascer no Brasil);
6) Validar a escala Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) e Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) para os pais do sexo masculino;

7) Avaliar as relações entre transtornos mentais paternos no pós-parto (depressão e ansiedade) e o desenvolvimento do vínculo pai-bebê;
8) Analisar a participação do pai no planejamento da gestação;
9) Avaliar as relações entre a ocorrência de transtornos mentais paternos no pós-parto com a participação do pai/companheiro no planejamento da gestação;

Métodos

Este estudo será realizado de forma aninhada ao estudo "Nascer no Brasil II: inquérito nacional sobre perdas fetais, partos e nascimentos" aprovado pela CONEP CAAE: 21633519.5.0000.5240.

O Nascer no Brasil II é um estudo de base hospitalar, de âmbito nacional, que será realizado em 465 hospitais públicos e privados, com entrevista a 20 mil puérperas de partos e 2 mil puérperas de perdas fetais precoces. Este estudo será desenvolvido em três etapas: a) na internação para assistência ao parto ou perda fetal será realizada entrevista com puérperas e gestores; coleta de dados de cartão de pré-natal e extração de dados de prontuários hospitalares da mulher e do bebê após a alta hospitalar; b) 45-60 dias após o parto ou perda fetal será realizada entrevista telefônica para avaliação da morbimortalidade materna e neonatal após a alta hospitalar, utilização de serviços ambulatoriais e hospitalares após a alta hospitalar, aleitamento materno, maus tratos na assistência obstétrica e estresse pós-traumático; c) aos 4 meses após o parto ou perda fetal, realização de entrevista telefônica para avaliação da morbimortalidade materna e infantil, aleitamento materno, depressão pós-parto e ansiedade, e satisfação com a atenção ao parto.

Nesta pesquisa, os parceiros das mulheres incluídas no estudo "Nascer no Brasil 2", internadas para o parto em hospitais com mais de 500 partos por ano localizados nas regiões metropolitanas dos estados do Rio de Janeiro, Pernambuco, Amazonas, Porto Alegre e do Distrito Federal, que deram a luz a nascido vivo ou nascido morto (excluídos os abortos) serão convidados a participar. Essas regiões metropolitanas foram selecionadas para representar cada uma das cinco macrorregiões brasileiras. A inclusão apenas de hospitais com mais de 500 partos/ano visou a menor duração do trabalho de campo. Nas

regiões metropolitanas selecionadas serão incluídos 60 hospitais, com amostra planejada de 2700 participantes (45 entrevistas por hospital) (**ANEXO 6**).

Todos os procedimentos e métodos descritos no projeto original já aprovado pelo CONEP serão mantidos. Neste projeto serão incluídos um questionário sobre características sócio-demográficas paternas e sua participação no planejamento da gestação (**ANEXO 1**), aplicado no pós-parto imediato, preferencialmente por entrevista face a face, por ocasião da presença do pai na maternidade durante a internação materna para o parto. Na impossibilidade de contatar os pais na maternidade, será realizada entrevista telefônica para coleta das informações. Um segunda entrevista com os pais, por telefone, será realizada 4 meses após o parto, para investigação de transtornos mentais paternos e o vínculo paterno com o bebê **(ANEXO 2).**

As entrevistas serão feitas após leitura e aceite do consentimento livre e esclarecido (TCLE). Na primeira entrevista o pai autorizará o contato 4 meses depois para a segunda entrevista **(ANEXO 3).**

As informações sobre transtornos mentais paternos serão coletadas utilizando-se a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) para avaliação de depressão pós-parto, e *Generalized Anxiety Disorders* (GAD 7) para avaliação de sintomas de ansiedade. A *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ) será utilizada para avaliação do vínculo do pai com o bebê.

A EPDS é uma escala de rastreamento de sintomas depressivos no pós-parto. A escala consta de 10 itens com 4 opções de resposta e mede a intensidade de sintomas depressivos nos últimos 7 dias. A escala foi validada para uso puérperas por entrevista telefônicas por Figueiredo et al (2014), e o ponto de corte ≥10 apresenta sensibilidade de 72,2, especificidade de 71,6 e valor preditivo positivo de 67,7. Neste estudo será validada para a população masculina de pais no pós-parto.

A GAD 7, traduzida para o português brasileiro, está disponível para uso gratuitamente no site https://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10049256/f/201412/PHQ9_Portuguese%20for%20Portugal.pdf. A escala é composta de 7 itens que aferem a gravidade de transtorno

de ansiedade nos últimos 15 dias. O ponto de corte maior ou igual a 10 é sugestivo de presença de sintomas de ansiedade de intensidade moderada/severa.

A PBQ é composta por 25 itens com uma escala de 6 opções de resposta que expressam a frequência de cada item (“*always”, “very often”, “quite often”, “sometimes”, “rarely” and “never”*) divididos em 4 fatores relevantes para aferir distúrbios no vínculo da mãe com o bebê. A pontuação da PBQ varia de 0 a 125, e quanto menor o valor melhor é a qualidade do vínculo da mãe com seu bebê. Os pontos de cortes para classificação de problemas de vínculo em cada fator são: fator 1 ≥ 12, fator 2 ≥ 17, fator 3 ≥ 10 e fator 4 ≥ 3 (BROCKINGTON et al., 2001). Esta escala será validada para aferir a qualidade de vínculo do pai com o bebê.

Coleta de dados na entrevista telefônica

O consentimento para a realização das entrevistas telefônicas será obtido durante a o primeiro contato com o pai na maternidade, sendo solicitado novo consentimento por ocasião do contato telefônico. As entrevistas serão conduzidas pela mesma equipe de campo do estudo hospitalar com as puérperas, ou seja, composta por profissionais de saúde, principalmente enfermeiras obstétricas. No caso do pai não ser localizado por telefone após várias tentativas em dias e horários diferentes, considerar-se-á uma perda de seguimento.

Análise de dados

Serão estimadas as prevalências e os respectivos intervalos de confiança para todos os desfechos deste estudo, por meio de análises univariadas, estratificadas e em modelos múltiplos. Estimativas brutas e ajustadas serão obtidas por meio da razão de chances (RC) e respectivos intervalos de confiança (IC 95%). As análises estatísticas serão realizadas por meio de regressão logística não condicional e por escore de propensão. Para o estudo das duas formas de transtorno mental paterno simultaneamente (ansiedade e depressão), da relação entre elas, possíveis variáveis mediadoras e os desfechos de interesse serão utilizados Modelos de Equações Estruturais (MEE) (Kline, 2015).

Aspectos éticos

Todos os cuidados serão adotados visando a garantir o sigilo e confidencialidade das

informações. Antes da realização de cada entrevista, será obtido o consentimento do participante após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critério de Inclusão: Parceiros de mulheres que tiveram parto nas maternidades de cinco regiões metropolitanas brasileiras (Rio de Janeiro, Pernambuco, Amazonas, Porto Alegre e Distrito Federal), incluídas na pesquisa NAscer no Brasil II

Critério de exclusão: Parceiros de mulheres internadas por aborto

Riscos e benefícios

Entende-se que toda pesquisa envolve riscos como vazamento de dados, constrangimentos e mobilização emocional pelo conteúdo das perguntas. Quanto ao risco de vazamento de dados, será mantido o sigilo, sendo criado o banco de dados utilizando-se códigos numéricos para identificação dos entrevistados.

Em caso de constrangimento ou mobilização emocional pelo conteúdo das perguntas, os participantes poderão não responder às perguntas consideradas mais sensíveis. Caso o homem apresente problemas emocionais no momento da entrevista, a equipe estará qualificada para atendê-la neste momento. Caso seja identificado algum problema emocional (ansiedade ou depressão) após a aplicação das escalas, e caso a participante concorde, ele receberá uma mensagem por meio eletrônico (Whatsapp ou e-mail), ou pelo correio, com carta de encaminhamento com orientações para ser entregue ao médico de referência (médico da saúde da família, clínico geral) ou a outro profissional de saúde da sua confiança (**Anexo 4**). É possível que na presença de sintomas depressivos, o participante não se sinta disposto ou capaz de contactar o profissional de saúde. Nestas situações, caso ele concorde, a coordenação da pesquisa poderá fazer o contato diretamente com o profissional da sua escolha (**Anexo 5).**

Ao final da pesquisa todos os homens com pontuação moderada ou alta nos escores também receberão informações sobre sites e linhas de ajuda para contato. Nesses casos o sistema de coleta de dados será preparado para disparar um alerta aos pesquisadores da equipe central. Caso o homem necessite de suporte imediato, o entrevistador orientará o contato com o centro de valorização da vida (188), que está disponível 24 horas por dia, 7

dias por semana.

Este estudo poderá trazer benefícios diretos para o pai e seu filho (a), pois ao se identificar a presença de transtornos mentais será possivel o encaminhamento para avaliação por profissional de saúde, com potencial de reduzir os danos sobre a saúde do pai e sua relação com o bebê. Entre os benefícios indiretos, o estudo vem contribuir para ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde na identificação de problemas emocionais paternos após o parto. Ele apresenta potencial para promover a melhoria da atenção à saúde do homem, fato conhecidamente ignorado pelos serviços de saúde no Brasil, além do aprimoramento de estratégias de parceria entre as instituições acadêmicas envolvidas no projeto e o Ministério da Saúde, passo importante na geração de propostas efetivas para a qualificação da assistência. Ademais, espera-se que uma maior compreensão dos determinantes da saúde do pai e do recém-nato redunde em uma maior evitabilidade de desfechos desfavoráveis para ambos.

Os resultados serão divulgados sob a forma de artigos científicos, dissertações e teses de alunos de pós-graduação, em congressos, além de apresentações para gestores das três esferas de governo, em fóruns de entidades não governamentais e de classe, médicos e enfermeiros. A divulgação para a sociedade civil se dará por meio de participação em programas de TV e de rádio, além de publicações em jornais de circulação diária, e pelo site e outras redes sociais da pesquisa (www.nascernobrasil.ensp.fiocruz.br, Facebook /nascernobrasil e Intagram @nascernobrasil).

Desfecho Primário: Transtornos mentais paternos e vínculo pai-bebe

Desfecho Secundário:

Tamanho da Amostra no Brasil: 2700

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc): Nao

Referências Bibliográficas

Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, et al. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. Arch Womens Ment Health 2001; 3:133-40.

Castro-de-Araujo LFS, Machado DB. Impact of COVID-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country. Ciênc. Saúde Coletiva. 2020;25(Suppl1):2457-2460.

Figueiredo, F.P., Parada, A.P., Cardoso, V.C., Batista, R.F.L., Silva, A.A.M., Barbieri, M.A., et al., 2015. Postpartum depression screnning by telefone: a good alternative for public health and research. Arch. Womens Ment. Health 18 (3), 547–553.

Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. J Adv Nurs. 2004;45(1):26-35.

Ierardi E, Ferro V, Trovato A, Tambelli R, Riva Crugnola C. Maternal and paternal depression and anxiety: their relationship with mother-infant interactions at 3 months. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22(4):527-533.

Ip P, Li TMH, Chan KL, et al. Associations of paternal postpartum depressive symptoms and infant development in a Chinese longitudinal study. Infant Behav Dev. 2018;53:81-89.

Kline, R. B. (2015). Principles and practice of structural equation modeling. London: The Guilford Press.

Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. JAMA. 2010;303(19):1961-1969.

Philpott LF, Leahy-Warren P, FitzGerald S, Savage. Stress in fathers in the perinatal period: A systematic review. Midwifery. 2017;(55):113–127.

Underwood L, Waldie KE, Peterson E, et al. Paternal Depression Symptoms During Pregnancy and After Childbirth Among Participants in the Growing Up in New Zealand Study. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(4):360-369.

Volling BL, Yu T, Gonzalez R, Tengelitsch E, Stevenson MM. Maternal and paternal trajectories of depressive symptoms predict family risk and children's emotional and behavioral problems after the birth of a sibling. Dev Psychopathol. 2019;31(4):1307-1324.

Equipe do Projeto:

Mariza Miranda Theme Filha – CPF: 667.742.097-34

Silvana Granado Nogueira da Gama – CPF: 79087663749

Maria do Carmo Leal – CPF: 08009961515

Marcia Leonardi Baldisserotto – CPF: 00187416060

Ana Paula Esteves Pereira – CPF: 08034126730

Tatiana Henriques Leite - CPF:11233390740

Talita Borges Queiroga dos Reis – CPF 147.516.167-06

Cronograma - **Período (outubro de 2020 a junho de 2022)**

1) Submissão CEP – julho/agosto 2020

2) Organização do trabalho de campo - agosto/setembro 2020

3) Treinamento das equipes de campo - agosto/setembro 2020

4) Coleta de dados da primeira entrevista - outubro/2020 a janeiro/2021

4) Entrevista por telefone (4 meses) – fevereiro/junho/2021

5) Limpeza e crítica do banco de dados – janeiro a dezembro/2021

6) Análise dos dados /relatórios/artigos científicos – agosto/2021 a junho/2022

Orçamento: Os custos da pesquisa serão arcados pela Pesquisa Nascer no Brasil II