



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

A Saúde Mental Paterna e a Qualidade da Coparentalidade em Pais de Crianças em Idade Pré-Escolar: O Papel Mediador da Auto-Eficácia Parental

Inês de Moraes Victor Travessa Tavares

Mestrado em Psicologia Social da Saúde

Orientador(a):

Doutora Lígia Maria Santos Monteiro, Professora Auxiliar,
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2025



CIÊNCIAS SOCIAIS
E HUMANAS

Departamento de Psicologia

A Saúde Mental Paterna e a Qualidade da Coparentalidade em Pais de Crianças em Idade Pré-Escolar: O Papel Mediador da Auto-Eficácia Parental

Inês de Moraes Victor Travessa Tavares

Mestrado em Psicologia Social da Saúde

Orientador(a):

Doutora Lígia Maria Santos Monteiro, Professora Auxiliar,
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2025

Para a Inês pequenina

Agradecimento

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Lígia Monteiro por toda a orientação, reflexão e paciência ao longo deste processo. Obrigada por acreditar em mim.

A todos os pais que responderam ao questionário, cuja disponibilidade e generosidade tornaram possível a conclusão desta etapa.

À Maria Inês e à Rita, que me confortaram no meio das dúvidas e que tornaram este percurso mais feliz.

Aos meus “oráculos”, Marta e Bruno, que me acolheram e se tornaram Casa nestes cinco anos. Terminar esta caminhada convosco é um motivo de orgulho gigante. Obrigada por marcarem o meu percurso, por me fazerem rir desalmadamente e por sossegarem os meus nervos. Estarão sempre no meu coração.

Aos meus amigos da Margem, que são um lembrete constante de que a vida é mais bonita e leve quando é partilhada. Todos ocupam um lugar muito especial no meu coração.

À minha avó e aos meus pais, fundamentais para a conclusão desta etapa. Foram vocês que me ensinaram a voar alto sem medo, por ter sempre um sítio para voltar. Serão sempre os meus maiores e melhores exemplos.

Ao Tiago, para quem nunca existirão palavras suficientes. Por toda a paciência e amor. Por amparares todas as minhas quedas, por nunca me deixares quebrar e por celebrares comigo as mais ínfimas conquistas. Obrigada por seres luz e colo todos os dias, a vida é mais feliz contigo.

Resumo

O presente estudo visou contribuir para a literatura sobre a saúde mental, focando-se na perspectiva do pai, procurando analisar as associações entre a qualidade da relação coparental e a saúde mental do pai, testando-se o papel mediador da auto-eficácia parental. Participaram 59 pais, casados ou em união de facto, com crianças em idade pré-escolar. Testaram-se seis modelos de mediação com o intuito de examinar o papel mediador da auto-eficácia parental na relação entre o suporte e sabotagem coparental e a ansiedade, a depressão e o *stress*. Relativamente aos resultados da presente amostra, verificaram-se efeitos indiretos significativos do suporte coparental nas três dimensões de saúde mental via auto-eficácia parental, sugerindo que mais suporte coparental está associado a mais auto-eficácia parental, que por sua vez leva a menos sintomas de ansiedade, depressão e *stress* nos pais. Quanto à sabotagem coparental, verificaram-se efeitos indiretos significativos via auto-eficácia parental, na depressão e no *stress*, sugerindo que mais sabotagem coparental está associada a menos auto-eficácia parental, levando a mais sintomas de depressão e *stress* nos pais. Verificaram-se efeitos diretos significativos da sabotagem coparental na ansiedade, depressão e *stress*. Estes resultados contribuem para a reflexão sobre a saúde mental do pai, evidenciando a coparentalidade e a auto-eficácia como possíveis ferramentas para a promoção da saúde mental.

Palavras-Chave: Saúde Mental Paterna, Coparentalidade, Auto-Eficácia Parental

Abstract

This study aimed to contribute to the study of mental health, focusing on the father's perspective, seeking to analyse the associations between the quality of the co-parenting relationship and the father's mental health, testing the mediating role of parental self-efficacy. Fifty-nine fathers, married or in a civil partnership, with preschool-aged children participated in the study. Six mediation models were tested in order to examine the mediating role of parental self-efficacy in the relationship between co-parental support and sabotage and anxiety, depression, and stress. Regarding the results of the present sample, significant indirect effects of co-parental support were found in the three dimensions of mental health via parental self-efficacy, suggesting that more co-parental support is associated with more parental self-efficacy, which in turn leads to fewer symptoms of anxiety, depression, and stress in fathers. As for co-parental sabotage, significant indirect effects were found via parental self-efficacy on depression and stress, suggesting that more co-parental sabotage is associated with less parental self-efficacy, leading to more symptoms of depression and stress in fathers. Significant direct effects of co-parental sabotage on anxiety, depression and stress were found. These results contribute to the discussion on fathers' mental health, highlighting co-parenting and self-efficacy as possible tools for promoting mental health.

Keywords: Paternal Mental Health, Coparenting, Parental Self-Efficacy

Índice

Agradecimento	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Introdução	1
Capítulo 1. Revisão de Literatura	5
1.1. Saúde Mental	5
1.1.1 Definição de Saúde Mental	5
1.1.2. Depressão, Ansiedade e <i>Stress</i>	6
1.2. Saúde Mental Masculina e Paterna	8
1.2.1. Um olhar sobre os Pais	10
1.3. Coparentalidade	12
1.3.1. O Modelo da Estrutura Interna e Contexto Ecológico da Coparentalidade	12
1.3.1.1. Coparentalidade e Saúde Mental Paterna	14
1.4. O Papel Mediador da Auto-Eficácia Parental na Relação Entre Coparentalidade e Saúde Mental Paterna	16
1.5. Objetivos	18
Capítulo 2. Método	21
2.1. Participantes	21
2.2. Instrumentos	21
2.2.1. Questionário Sociodemográfico	21
2.2.2. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress	22
2.2.3. Escala de Relação Coparental	23
2.2.4. Escala de Sentimento de Competência Parental	23
2.3. Procedimento	24
2.4. Estratégia Analítica	25

Capítulo 3. Discussão	27
Estatísticas descritivas	27
Análises de mediação	30
 Capítulo 4. Discussão	 35
5.1. Limitações e Estudos Futuros	37
 Referências Bibliográficas	 41

Introdução

Nas últimas décadas a sociedade portuguesa tem vindo a passar por diversas mudanças sociais e culturais que afetaram, inevitavelmente, a organização da vida familiar dos portugueses. Antes, o homem representava na família a figura de provedor e protetor, enquanto a mulher era a cuidadora das crianças e do lar. Posteriormente, a presença da mulher no mercado de trabalho veio introduzir alterações na posição dos homens na família, tornando-os gradualmente mais envolvidos no seu papel parental (Aboim, 2010).

A transição para a paternidade marca o início da parentalidade para o pai e é acompanhada de alterações nas relações familiares (Schoppe-Sullivan et al., 2016), na sua identidade e na sua autoimagem (Philpott et al., 2022). Trata-se de um processo complexo em que é frequente os pais sentirem-se mal preparados, podendo ter consequências negativas para a sua saúde mental, como o aumento de *stress*, ansiedade e depressão (Philpott et al., 2022).

A investigação sobre a transição para a paternidade foi negligenciada durante décadas, (Affleck et al., 2018), dado o foco na díade mãe-criança (e.g., Cabrera et al., 2018), resultado da saliência biológica e social da maternidade. Diversos autores (Affleck et al., 2018; Fisher, 2016) destacam o pouco reconhecimento ou importância dada à saúde mental do pai, quer pela sociedade, quer na investigação, em particular nos pais com crianças nos primeiros anos de vida. No entanto, a parentalidade coloca também os homens numa posição de vulnerabilidade psicológica, com potenciais implicações para o funcionamento individual, na relação com os filhos e da unidade familiar (Cabrera et al., 2018). Em Portugal, onde a prevalência de ansiedade e depressão se situa entre as mais elevadas da União Europeia (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023), torna-se ainda mais relevante compreender os fatores de risco e proteção associados à saúde mental do pai. Antunes e colaboradores (2022) referiram no seu estudo que o estigma internalizado foi das razões mais citadas para a inibição de procura de ajuda de profissionais de saúde. Em particular, o estigma internalizado tem um efeito inibidor na procura de ajuda por parte dos homens, consistente com a conceção de masculinidade na maioria dos países ocidentais de resistência ao sofrimento e autossuficiência (Latalova et al., 2014).

Um olhar mais atento para saúde mental paterna torna-se, ainda, mais relevante se considerarmos que atualmente o pai parece ocupar um papel ativo em diferentes contextos da vida da criança (Monteiro et al., 2010). A parentalidade durante os anos pré-escolares (entre os

3 e os 5 anos), traz novos desafios. As crianças nesta idade encontram-se numa fase desenvolvimental caracterizada pela aprendizagem da autonomia e auto-regulação, que leva a diversos ajustes para os pais, como por exemplo o tempo passado em conjunto com os filhos (Güre et al., 2024).

A relação de coparentalidade das figuras parentais é um fator-chave na educação das crianças, especialmente nas idades pré-escolares, devido às exigências desta fase desenvolvimental para os pais (Stright & Bales, 2003). Ocorre quando os indivíduos têm responsabilidades partilhadas na educação dos filhos e reflete-se na qualidade do apoio e coordenação que os pais demonstram no desempenho das mesmas (Feinberg, 2003). Embora a literatura reconheça o seu impacto no ajustamento das crianças e o seu papel central na família (Teubert & Pinquart, 2010; Feinberg, 2003), permanece pouco clara a forma como a qualidade da relação coparental influencia diretamente a saúde mental da figura paterna. A qualidade da relação coparental (e.g., o nível de suporte ou sabotagem) está associada à saúde mental paterna, podendo atuar como fator de risco ou proteção (Schulz et al., 2023). Identifica-se, assim, uma lacuna na investigação que promova a prevenção universal para a saúde mental paterna no pós-parto e nos primeiros anos de vida da criança. Mesmo em países em que este tipo de prevenção está previsto, muitos profissionais de saúde subestimam a sua importância e não envolvem a figura paterna nas visitas específicas de avaliação da saúde mental dos pais, nem abordam a questão da coparentalidade, concentrando-se somente na mãe (Wells et al., 2023).

Neste contexto da parentalidade, a auto-eficácia parental, definida como a perceção que a figura parental tem das suas competências para influenciar os seus filhos e o ambiente de maneira a favorecer o seu desenvolvimento e sucesso (Ardelt & Eccles, 2001), surge como um mecanismo explicativo particularmente importante na relação entre a qualidade da coparentalidade e a saúde mental paterna. Na relação coparental a mãe atua como fonte de informação sobre o desempenho e competências parentais do pai (Donithen & Schoppe-Sullivan, 2022), aumentando ou diminuindo a sua perceção de auto-eficácia (Merrifield & Gamble, 2012). Por sua vez, a perceção de auto-eficácia parental influencia a saúde mental paterna, dado que a literatura sugere que os níveis de auto-eficácia estão positivamente associados à saúde mental (Giallo et al., 2018; Jones & Prinz, 2005; Seigny & Loutzenhiser, 2010). Assim, a auto-eficácia pode atuar como mediador entre a qualidade da coparentalidade e a saúde mental. Este trabalho visa, assim, analisar as associações entre a perceção da qualidade da relação coparental e a saúde mental paterna, testando o papel mediador da auto-eficácia parental. A relevância do presente trabalho é o foco na figura paterna, dado que a literatura (e.g., Smith et al., 2018) indica que existem diferenças nas experiências de saúde mental de

mulheres e homens. Este estudo pode, então, contribuir para a construção de conhecimento que sustente o desenvolvimento de programas de prevenção e intervenções concebidas especificamente para homens e pais.

CAPÍTULO 1

Revisão da Literatura

1.1. Saúde Mental

1.1.1 Definição de Saúde Mental

A saúde mental é parte integrante da saúde, caracterizada por um estado de bem-estar mental que permite ao indivíduo ter uma compreensão das próprias capacidades, gerir as preocupações quotidianas, aprender e trabalhar bem e ser um contributo para a comunidade em que se insere (World Health Organization [WHO], s.d). A American Psychological Association ([APA] 2018c) considera que o indivíduo com boa saúde mental revela um comportamento ajustado ao contexto, ausência de sintomas que o incapacitem, dispõe de competências que lhe permitem construir e manter relações positivas e possui capacidades para gerir as exigências diárias.

A saúde mental não deve ser vista como dicotómica (e.g., saudável vs. doente), mas sim considerada num espectro contínuo que envolve o funcionamento do indivíduo. Na quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) esta perspetiva era ilustrada através do *Global Assessment of Functioning* (GAF), que avaliava o nível de funcionamento psicológico, social e ocupacional do indivíduo, numa escala de 1 a 100. Valores perto dos 100 refletiam o nível ótimo, e no outro extremo, valores perto do 1 refletiam o pior nível em termos de severidade dos sintomas do funcionamento psicossocial (Pedersen et al., 2018). O GAF apresentava várias limitações em termos de utilização, tendo sido substituído na edição seguinte do DSM (DSM-V) pelo *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0), que se baseia na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (American Psychiatric Association, 2013a). O racional teórico subjacente a este instrumento considera que o funcionamento do indivíduo abrange seis domínios, nomeadamente: cognição, mobilidade, autocuidado, interações sociais, atividades e participação na comunidade (WHO, 2012).

Contudo, a ideia introduzida pelo GAF de que a saúde mental está inserida num espectro de funcionamento mantém-se relevante para uma compreensão abrangente da sua complexidade. Considerando esta perspetiva, podemos estar perante uma perturbação mental quando existem alterações clinicamente significativas na cognição, comportamento ou regulação emocional de um indivíduo, refletindo uma disfunção nos seus processos psicológicos, biológicos ou desenvolvimentais inerentes ao funcionamento mental, bem como a presença de sofrimento ou incapacidade significativos, associados ao funcionamento social e ocupacional do próprio (American Psychiatric Association, 2013d).

1.1.2. Depressão, Ansiedade e *Stress*

A depressão é um estado afetivo negativo que causa interferência na vida quotidiana, podendo variar desde infelicidade e insatisfação, a um sentimento extremo de tristeza, pessimismo e desânimo. Este estado inclui várias mudanças ao nível físico, cognitivo e social com consequências na motivação, concentração e tomada de decisões e na participação em atividades sociais (APA, 2018b). De acordo com a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) os sintomas associados à depressão major são humor depressivo, diminuição do interesse/prazer nas atividades diárias, mudanças significativas no peso, insónias ou hipersónias diárias, agitação ou lentificação, fadiga, sentimentos de autodesvalorização ou culpa, dificuldades no pensamento e concentração e pensamentos recorrentes sobre a morte ou ideação suicida devendo manifestar-se pelo menos cinco deles, ao longo de um período mínimo de duas semanas (American Psychiatric Association, 2013c). A par destes sintomas, uma baixa perceção da probabilidade de realização de objetivos de vida significativos para o indivíduo como pessoa (Lovibond & Lovibond, 1995) está associada à depressão.

Por sua vez, a ansiedade é uma emoção em que o indivíduo sente apreensão e sintomas somáticos de tensão face à antecipação de um perigo iminente ou uma catástrofe. É comum que haja uma mobilização do corpo para enfrentar a ameaça sentida, nomeadamente tensão muscular, respiração acelerada e batimento cardíaco acelerado. É uma resposta que tem em conta situações futuras, com foco em ameaças difusas (APA, 2018a). Os critérios de diagnóstico referidos no DSM-V compreendem ansiedade e preocupação excessivas na maior parte dos dias relativamente a várias situações, ao longo de um período mínimo de seis meses, e dificuldade por parte do indivíduo em controlar tais preocupações, em conjunto com três ou mais dos seguintes sintomas: inquietação, fadiga, dificuldades no funcionamento cognitivo (concentração e pensamento), irritabilidade, tensão muscular e dificuldades em adormecer ou manter um sono satisfatório (American Psychiatric Association, 2013b).

Conceptualmente, a depressão e a ansiedade são distintas, contudo em termos de limitações no funcionamento do indivíduo Lovibond e Lovibond (1995) fazem referência a uma sobreposição clínica entre ambas, dado à partilha de certos sintomas mencionados anteriormente como por exemplo, a qualidade do sono ou o funcionamento cognitivo. Posteriormente, Vergara e colegas (2013) voltaram a evidenciar uma imprecisão em torno da definição dos construtos mencionados e do *stress*, resultante da incorreta utilização dos termos para designar situações diferentes. Tendo em conta os objetivos do presente estudo e as dificuldades identificadas por estes autores, é enfatizada a importância de distinguir não só a ansiedade e a depressão como também o *stress*.

O conceito de *stress*, definido como a resposta fisiológica ou psicológica a fatores de *stress* internos ou externos (APA, 2018d), vem acrescentar dificuldade ao estudo destes estados afetivos. As alterações causadas pelo *stress* afetam praticamente todos os sistemas do corpo, tendo implicações no comportamento e na forma como as pessoas se sentem. Pode manifestar-se sob a forma de palpitações, sudorese, boca seca, falta de ar, inquietação, discurso acelerado, emoções negativas e maior duração da fadiga causada pelo *stress* (APA, 2018d). Caracteriza-se por estados contínuos de excitação e tensão, bem como menor resistência à frustração. A sobreposição de sintomas relacionados com tensão nervosa e energia nervosa fortalece a associação entre *stress* e ansiedade (Lovibond & Lovibond, 1995). Ainda, a exposição recorrente e contínua a fatores de *stress* e a ausência ou insuficiência de recursos para lidar com eles pode evocar nos indivíduos sentimentos desproporcionados e associados à depressão, potenciando por sua vez a sua associação ao *stress* (Vergara et al., 2013).

1.2. Saúde Mental Masculina e Paterna

Numa revisão sobre os pressupostos relativos à saúde mental dos homens, Smith e colaboradores (2018) consideram que a relação entre o género e a saúde mental tem levado à ausência de informação credível sobre a saúde mental dos homens, dado que os estudos se baseiam na comparação entre homem e mulher, não se focando nas especificidades de cada género. Tal enviesa a compreensão e perpetua estereótipos associados à saúde mental masculina e consequente trabalho neste domínio.

Alguns autores reportaram que os homens tendem a experienciar mais sintomas externalizantes (e.g., comportamento violento e consumo de substâncias) (e.g. Smith et al., 2018; Gough & Novikova, 2020). Estes sintomas foram associados a fatores como, a disponibilidade de procura de ajuda (Gough & Novikova, 2020), expectativas dos papéis tradicionais de género e o estatuto socioeconómico (Smith et al., 2018).

Um aspeto importante a considerar são, ainda, questões de natureza conceptual e metodológica que podem limitar a compreensão da saúde mental do homem. Por exemplo Fisher (2016), salienta a utilização de instrumentos *standard* para avaliar a depressão, mas que são desadequados para avaliar as experiências dos homens uma vez que os critérios de avaliação normalmente baseiam-se em sintomas que não são tão experienciados por este grupo (Smith et al., 2018). Segundo Affleck e colaboradores (2018), os sintomas externalizantes são mais consistentes com conceções dominantes de masculinidade, comparativamente a chorar ou verbalizar emoções e pensamentos. No entanto, alguns autores (e.g., Affleck et al., 2018; Smith et al., 2018), consideram que são sintomas equivalentes da depressão como tristeza ou solidão, meramente “mascarados” pela masculinidade. Dados de 2009, de um relatório estatístico referente ao Canadá, reportaram taxas baixas de depressão nos homens (aproximadamente 50% dos valores reportados pelas mulheres) e taxas elevadas de suicídio (77% do total de suicídios registados nesse ano), tratando-se de uma discrepância expressiva que reflete a presença destes vieses na investigação (Affleck et al., 2018). A invisibilidade dos sintomas de saúde mental nos homens levou a que alguns investigadores (e.g., Affleck et al., 2018; Smith et al., 2018) mencionassem uma “crise silenciosa” nesta área que precisa de ser abordada. Em Portugal, a par de outros países da União Europeia, a população masculina portuguesa reportou, em 2019, taxas de depressão mais baixas (7,5%) comparativamente à população feminina (16,3%). No entanto, relativamente aos valores de morte por suicídio, a probabilidade aumenta em quatro vezes na população masculina, ainda que tenha decrescido 10% na última década. Esta

diferença pode estar relacionada com a interiorização do estigma associado à saúde mental por parte dos homens, que poderá estar a dificultar o reconhecimento de problemas de saúde mental e a subsequente procura de ajuda profissional (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Ainda, a ausência de serviços e intervenções que considerem as diferenças de género podem contribuir igualmente para que os homens não recorram a ajuda profissional (Gough & Novikova, 2020).

No ano de 2019, o Perfil de Saúde de Portugal indicava que apesar de existirem desigualdades, a distribuição da depressão no país não estava em conformidade com os níveis de rendimento, contrariamente à tendência na restante União Europeia (quanto mais alto o rendimento, menor a prevalência de depressão) (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Para os homens portugueses, a diferença na distribuição entre rendimentos baixos *versus* elevados é pequena comparativamente à União Europeia (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Considerando especificamente os homens que assumiram a parentalidade, esta é um acontecimento de vida que implica a realização de tarefas desenvolvimentais para que se adaptem às diversas mudanças biológicas, psicológicas e socioculturais; um desempenho negativo pode levar a um aumento dos sintomas psicopatológicos e a uma inadequação parental (Pinto & Figueiredo, 2022). Recentemente, uma revisão não sistemática de Pereira e colaboradores (2020) reforçou que o pai tende a ocultar as emoções e a não conseguir reconhecer e expressar sintomas de depressão comparativamente às mães, devido às normas sociais e culturais que definem a masculinidade. Ainda, referiram que a depressão paterna incluiu, tendencialmente, a externalização de sintomas como por exemplo ataques de raiva, humor irritável, hostilidade, criticismo e autocritica, isolamento social e aumento dos comportamentos de violência, em oposição aos sintomas encontrados na depressão materna, que incluem humor disfórico, anedonia e tristeza. A disparidade de sintomatologia apresenta-se como um desafio, contribuindo para o subdiagnóstico. Os resultados obtidos foram consistentes com investigações anteriores sobre a saúde mental masculina (Affleck et al., 2018; Smith et al., 2018).

Seymour e colaboradores (2013) realçam que são escassas as investigações que identificam fatores associados ao bem-estar do pai, comparativamente a estudos focados no bem-estar da mãe. A investigação disponível tem-se baseado maioritariamente em pequenas amostras clínicas ou em amostras conjuntas de pais e mães, sem serem consideradas as diferenças de género. Os estudos que incidem nos pais estão acentuadamente centrados na depressão e ainda assim há uma carência no reconhecimento da manifestação distinta da depressão nos homens (Fisher, 2016). Existe a possibilidade de os pais serem suscetíveis de sofrer outras perturbações como ansiedade, justificada pela coocorrência frequente com a depressão (Moffitt et al., 2007), e pela sobreposição de sintomas entre a depressão, ansiedade e *stress* (e.g., Lovibond & Lovibond, 1995). É importante alargar o escopo da investigação nesta área, para que sejam incluídas outras perturbações e para que se possa ter uma compreensão mais integrada da saúde mental do pai, tal como acontece no presente estudo.

1.2.1. Um olhar sobre os Pais

Apesar de educar uma criança ser um evento de vida normativo é também stressante, uma vez que representa mudanças pessoais, interparentais e preocupações financeiras para os pais, que não estavam anteriormente presentes, como a mudança nos papéis pessoais, na relação do casal e os custos associados ao bem-estar, educação e conforto da criança (Fisher, 2016).

Grande parte dos estudos neste corpo de literatura foi conduzida no período pós-parto, criando uma lacuna na investigação da saúde mental de pais com crianças em idade pré-escolar. Contrariando essa tendência, estudos como o de Garfield e colaboradores (2014), adotaram uma abordagem longitudinal ao longo de 23 anos, sobre os sintomas depressivos em mais de 10.000 homens durante os períodos de desenvolvimento da adolescência, adolescência tardia, paternidade precoce e paternidade tardia. Os resultados sugerem que, para pais que residem com os filhos, os sintomas depressivos aumentavam progressivamente em 68% após o início da parentalidade e durante os cinco anos subsequentes. Este período de cinco anos apresenta-se como fundamental no desenvolvimento das crianças, nomeadamente na construção das relações de vinculação e a capacidade de explorar em segurança. Como cuidadores, os pais são responsáveis por criarem um ambiente propício a este desenvolvimento (Garfield et al., 2014), mas a depressão pode comprometer o funcionamento do sistema familiar (Williams, 2018). Os sintomas depressivos nos pais durante este período têm impacto no seu bem-estar (Garfield et al., 2014), na relação coparental (através de mais conflitos e menos tempo passado em casa) e podem interferir com o desenvolvimento da criança via comportamentos parentais negativos e

menor apoio emocional para a criança (Schmitz et al., 2025). É necessário considerar também fatores para além da paternidade que podem afetar a saúde mental do pai. Questões associadas ao rendimento familiar (Bronte-Tinkew et al., 2010; Chung et al., 2021) podem ser relevantes se tomarmos em perspetiva a visão de que o pai é o provedor principal da família. Os problemas financeiros tendem a invocar maior *stress* parental junto do pai comparativamente à mãe (Bronte-Tinkew et al., 2010). Chung e colegas (2021) referem que o baixo rendimento pode ser igualmente um fator de risco associado à depressão paterna. No seu estudo referiram dados do *Early Childhood Longitudinal Study*, que indicavam que cerca de 26% dos pais com crianças pequenas apresentavam níveis moderados de depressão e cerca de 4% apresentavam níveis severos. As horas semanais de trabalho podem também ter influência na saúde mental do pai. Um estudo conduzido em Portugal, por Afonso e colaboradores (2017) mencionou que o excesso de horas de trabalho por semana está associado a ansiedade e depressão, especialmente para indivíduos que trabalhem mais de 48 horas semanais, e que este padrão foi mais frequentemente observado entre homens do que mulheres. Por outro lado, o pai estar desempregado também pode representar um risco para a sua saúde mental uma vez que, no Reino Unido, para a figura paterna, o desemprego foi associado a sintomas depressivos (Nath et al., 2016). Um outro fator passível de impactar saúde mental do pai é a sua idade, existindo evidências de que está negativamente associada ao risco de depressão (Williams, 2018). Ainda, de acordo com uma meta-análise de Scherer e colegas (2019), questões relacionadas com atrasos no desenvolvimento dos filhos podem representar uma vulnerabilidade na saúde mental do pai. Os autores reportaram que aproximadamente um terço dos pais com crianças com atrasos no desenvolvimento apresentavam depressão e ansiedade moderada, sendo mais observado na figura materna. No entanto, esta diferença pode estar relacionada com o facto de todos os instrumentos serem de auto-relato e os pais tenderem a reportar menos sintomas (Scherer et al., 2019).

Os pais estão em risco para níveis elevados de sintomas de ansiedade não só no período pós-parto, mas em várias fases da paternidade, inclusive ao longo do desenvolvimento dos filhos (Fisher, 2016). A ansiedade paterna está associada a comportamentos de superproteção e de controlo excessivo, que podem potenciar ansiedade na criança e aumentar a sua perceção de ameaça, impactando o desenvolvimento de competências para lidar com eventos inesperados (Möller et al., 2015).

Como tem vindo a ser demonstrado, o *stress* está amplamente associado à depressão e ansiedade (Crinic & Low, 2002). O *stress* parental é um tipo particular de *stress* que se manifesta quando a perceção do pai relativamente às exigências da parentalidade suplanta os

recursos que tem disponíveis (Coulacoglou & Saklofske, 2018). Diversos fatores podem contribuir para o *stress* parental, como por exemplo fatores individuais do pai e da criança (Crinic & Low, 2002), fatores socioambientais (Crinic & Low, 2002; Seymour, 2013), a co-habitação com os filhos e estratégias de *coping* mal-adaptativas (Saisto et al., 2008). Neste estudo o foco está em dois fatores em particular: a qualidade da relação coparental e a auto-eficácia parental. Existem evidências de que a percepção positiva da qualidade da relação coparental atua como fator protetor dos sintomas de *stress*, bem como de depressão e ansiedade (Saisto et al., 2008) e que existe uma associação entre a auto-eficácia e sentimentos de desesperança e *stress* no pai, ainda que a direção não seja clara (Rominov et al., 2016). Apesar destas evidências, é necessário aprofundar o impacto destes fatores na saúde mental do homem, para poder desenvolver estratégias de prevenção e intervenção que visem a saúde mental da figura paterna (Rominov et al., 2016).

1.3. Coparentalidade

1.3.1. O Modelo da Estrutura Interna e Contexto Ecológico da Coparentalidade

A coparentalidade tem vindo a ser investigada nas últimas décadas, num primeiro momento em famílias após o divórcio e posteriormente em famílias intactas, mas foi no início do século XXI que este construto passou a ser visto de forma universal e desvinculada da configuração da estrutura familiar e das características dos parceiros coparentais, quer ao nível individual como ao nível diádico (Lamela et al., 2010). O presente estudo foca-se no Modelo da Estrutura Interna e Contexto Ecológico da Coparentalidade (Feinberg, 2003) que define a coparentalidade como a forma como as figuras parentais se relacionam no desempenho do papel de pais, isto é, a relação de coparentalidade ocorre quando os pais partilham responsabilidades relativamente à educação dos filhos, e reflete-se na qualidade do apoio e coordenação demonstrada na execução das práticas parentais. Ainda que a relação coparental esteja intrinsecamente associada à relação entre os pais, não inclui os seus aspetos românticos, sexuais, emocionais, financeiros e legais (Feinberg, 2003).

A coparentalidade insere-se num amplo contexto ecológico (Feinberg, 2003; Lamela et al., 2010) e por isso diferentes variáveis podem influenciá-la. As crenças, expectativas e a cultura dominante dos pais podem moldar as relações de coparentalidade. De forma semelhante, o contexto familiar e económico pode ter influência na forma como os pais organizam a estrutura

familiar. As pressões institucionais podem levar a que a díade parental adote papéis mais tradicionais que coloquem o pai na posição de provedor principal da família, afastando-o de casa por motivos de trabalho, por um número elevado de horas (Feinberg, 2003). Adicionalmente, as habilitações literárias do pai são uma característica individual que pode ser relevante para a qualidade da relação coparental, uma vez que níveis mais elevados de escolaridade têm vindo a ser associados a competências pessoais que apoiam a coparentalidade (e.g., Stright & Bales, 2003). Igualmente, é possível que o sexo da criança tenha influência na relação coparental, considerando que os pais com filhos (i.e. do sexo masculino) tendem a envolver-se mais nas interações familiares, aumentando a probabilidade de comportamentos de sabotagem (Stright & Bales, 2003), bem com a idade da criança, que pode afetar a qualidade da relação coparental, uma vez que Margolin e colaboradores (2001) verificaram uma maior cooperação entre pais de crianças em idade pré-escolar comparativamente à pré-adolescência.

Feinberg (2003) define coparentalidade considerando quatro dimensões relacionadas entre si: i) O acordo nas práticas parentais, que se refere ao grau de concordância entre as figuras parentais relativamente a uma multiplicidade de tópicos relacionados com a criança, de entre os quais: valores morais, comportamento, expectativas, necessidades emocionais da criança e associação com pares. ii) A divisão do trabalho, que faz referência à partilha de tarefas e responsabilidades inerentes às rotinas diárias, domésticas e de cuidado da criança, bem como aos deveres financeiros e de saúde relacionados com a criança. A organização da divisão das tarefas é um aspeto cultural que difere de forma acentuada nas várias sociedades, conforme a sua cultura e organização social. iii) O suporte/sabotagem, que contempla a qualidade e o grau de suporte mútuo que existe entre os pais. O suporte faz referência ao apoio de cada um dos pais relativamente ao outro, como o reconhecimento da competência e contribuições do outro membro da díade e o respeito pela sua autoridade e decisões. Por sua vez, a sabotagem manifesta-se através do criticismo, hostilidade e depreciação. iv) A gestão conjunta da família, sendo que os pais têm a responsabilidade de gerir as interações familiares, particularmente entre ambos. A díade é responsável pelo seu comportamento e por manter uma comunicação eficaz, por estabelecer e manter limites no envolvimento da criança na relação diádica e por proporcionar interações triádicas equilibradas.

A relação coparental é o produto da interdependência dos quatro componentes da coparentalidade, e a influência de cada um oscila com base nas características da díade parental e do seu contexto (Lamela et al., 2010). Este Modelo coloca a coparentalidade no centro e diz que esta tem influência no ajustamento parental, que pode ser percebido através de construtos

como a eficácia parental e a depressão especificamente associada aos stresses da parentalidade (Feinberg, 2003).

1.3.1.1. Coparentalidade e Saúde Mental Paterna

As conceptualizações do desenvolvimento do adulto identificam com frequência a parentalidade como um processo inerente ao desenvolvimento do adulto (McHale et al., 2004). Schrodts e Braithewaite (2011) referem-se à coparentalidade como uma experiência familiar singular por ser tão gratificante quanto é exigente. A consciência de que o pai está tão vulnerável aos stressores inerentes à educação dos filhos como a mãe tem vindo a aumentar (Price-Robertson et al., 2017). Tal visão tem alterado a tendência anterior de subestimar a importância da relação entre a paternidade e a doença mental (Price-Robertson et al., 2017) e considera a interligação existente entre a psicopatologia individual e as relações familiares (Majdandžić et al., 2012).

A coparentalidade desempenha um papel basilar no funcionamento global da família (Schrodts & Braithewaite, 2011). No modelo de Feinberg (2003) é salientado que a coparentalidade está relacionada indiretamente com a parentalidade através do ajustamento parental e de características individuais dos pais, como a saúde mental, o que sugere que a coparentalidade influencia a saúde mental dos mesmos. Schulz e colegas (2023) referiram que a qualidade da relação coparental foi identificada como fator de risco para os problemas de saúde mental dos pais e que as relações de coparentalidade fortalecidas são fundamentais para a sua saúde mental. Embora os padrões coparentais sejam relativamente estáveis ao longo do tempo, as mudanças na maturação da criança como a procura de maior autonomia, expressiva nas idades pré-escolares (Stright & Bales, 2003), podem exigir reorganização nesses padrões e introduzir novas pressões dinâmicas para a relação coparental existente (McHale et al., 2004). Estas exigências levam a que os pais tenham maior necessidade de procura de novos recursos psicossociais e coloca-os em risco acrescido para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (DePalma et al., 2023). Tal salienta a importância de compreender os impactos noutras fases de vida para além da transição para a parentalidade.

O corpo de literatura que incide na associação entre a coparentalidade e a saúde mental paterna tem vindo a despertar o interesse de diversos investigadores. No entanto, até onde foi possível apurar, a maior parte dos estudos tem vindo a focar-se em dimensões específicas da saúde mental paterna de forma isolada – ansiedade (e.g., Majdandžić et al., 2012) ou depressão

(e.g., Wells et al., 2023) ou *stress* (e.g., Fagan & Lee, 2014) - sendo menos frequente a análise conjunta dos três indicadores ainda que autores como, por exemplo, Schulz e colegas (2023) o tenham feito. O estudo de Fagan e Lee (2014), com enfoque particular na figura paterna, considerou que pais cuja percepção da coparentalidade é altamente conflituosa reportem níveis mais elevados de *stress* paterno. Foram encontradas associações significativas diretas entre as percepções da figura paterna sobre a coparentalidade e os níveis de *stress* paterno. Schulz e colaboradores (2023) propuseram a hipótese de que a coparentalidade de suporte estaria associada a menos sintomas de ansiedade, depressão e *stress* dos pais e a elevado afeto parental e baixa hostilidade parental. A sua hipótese foi parcialmente confirmada para a figura paterna, sendo que pais que reportavam uma relação de coparentalidade de suporte e com maiores níveis de cooperação, mencionaram menos sintomas de ansiedade, depressão e *stress*.

Na literatura disponível sobre este tópico, existem ainda referências à pouca clareza da direção da associação entre a coparentalidade e a saúde mental, com autores como Majdandžić e colaboradores (2012) a sugerirem que pode ser bidirecional, por ser provável que uma relação de coparentalidade de menor qualidade conduza a problemas de saúde mental, assim como problemas de saúde mental resultem numa relação coparental comprometida. Majdandžić e colegas (2012) investigaram a qualidade das relações coparentais e a ansiedade e sugeriram que esta associação era bidirecional porque o conflito na relação diádica pode conduzir a níveis mais elevados de ansiedade, e a ansiedade pode ter impacto na capacidade dos pais para exercerem eficazmente o seu papel dentro da relação coparental. A investigação de Wells e colaboradores (2023), que se focou particularmente na depressão, teve como objetivo explorar as associações unidirecionais ou bidirecionais entre os sintomas de depressão e a relação de coparentalidade. Os seus resultados sugerem que o risco de depressão era especialmente mais alto para pais que reportassem relações de coparentalidade de baixa qualidade, e que a qualidade da relação de coparentalidade vai-se tornando progressivamente mais relevante na prevenção de sintomas depressivos ao longo do tempo. Apesar das suas conclusões terem apontado para associações bidirecionais entre a relação de coparentalidade e sintomas de depressão em pais de crianças pequenas, os autores indicaram que a qualidade da relação coparental prediz mais fortemente e com maior significância estatística os sintomas depressivos posteriores do que o contrário.

Todos os investigadores mencionados acima ressaltaram que a direção desta associação não é clara. Contudo, compreendê-la pode revelar-se importante para informar os profissionais de saúde sobre qual deve ser o alvo dos tratamentos e intervenções (Wells et al., 2023).

1.4. O Papel Mediador da Auto-Eficácia Parental na Relação Entre Coparentalidade e Saúde Mental Paterna

A auto-eficácia consiste na crença de um indivíduo relativamente à sua capacidade para desempenhar determinados comportamentos, necessários para atingir resultados específicos (Bandura, 1977). Associada à auto-eficácia pessoal está a auto-eficácia parental, definida como as crenças que os pais têm na sua capacidade de influenciar os seus filhos e o ambiente de modo a potenciar o desenvolvimento e sucesso das crianças (Ardelt & Eccles, 2001). Trata-se de uma importante construção cognitiva ligada ao funcionamento da família (Jones & Prinz, 2005) que capacita os pais para aceitarem desafios e mobilizarem os recursos necessários para atingir os objetivos parentais (Merrifield & Gamble, 2012).

Coleman e Karraker (1998) referem que o conhecimento de respostas (tarefas) adequadas aos cuidados da criança, a confiança nas próprias capacidades para realizá-las e a convicção de que as respostas da criança estarão em concordância com as tarefas aplicadas - e que outras pessoas do meio social apoiarão esses esforços - contribuem para que os pais se sintam eficazes. As expectativas associadas à auto-eficácia surgem de quatro fontes de informação principais, de acordo com a Teoria da Aprendizagem Social, desenvolvida por Bandura, nomeadamente: i) histórico de realizações (i.e. sucessos e fracassos do próprio); ii) a observação dos outros em atividades específicas (i.e. aprendizagem vicariante); iii) o *feedback* verbal de outros sobre o potencial de realização do próprio em determinada área; iv) excitação emocional.

Naquilo que concerne a associação entre a relação de coparentalidade e a auto-eficácia, a qualidade desta relação é um fator-chave para a auto-eficácia parental (Latham et al., 2018) pois atua como importante fonte de *feedback* sobre a competência parental (Donithen & Schoppe-Sullivan, 2022). Merrifield e Gamble (2012) explicam tal associação através da influência dos aspetos ambientais na auto-eficácia parental, especialmente quando se trata de pessoas com relações próximas; um dos membros do par diádico atua como fonte constante de informação sobre o desempenho do outro, quer seja este *feedback* de suporte ou sabotagem. A literatura (Donithen & Schoppe-Sullivan, 2022; Merrifield & Gamble, 2012) tem evidenciado que uma relação de coparentalidade negativa e competitiva (pela atenção das crianças) está ligada a níveis menores de auto-eficácia parental, enquanto uma relação de coparentalidade caracterizada por suporte está associada a níveis mais elevados de auto-eficácia parental.

Segundo Latham e colegas (2018), a parentalidade tem vindo a revelar-se especialmente sensível aos contextos ambientais, reforçando que as perceções da figura paterna relativamente

à qualidade da relação coparental podem ser relevantes para a sua auto-eficácia. Consistente com este facto, Donithen e Schoppe-Sullivan (2022) mencionaram que, no seu modelo de identificação de preditores da auto-eficácia parental em pais recentes, uma perceção mais positiva da coparentalidade, na perspetiva do pai, estava associada a uma maior auto-eficácia parental.

De entre as pessoas importantes na vida da figura paterna, a parceira detém um lugar de destaque; a auto-eficácia do pai está relacionada com a perceção de uma comunicação positiva por parte da sua parceira, relativamente à sua parentalidade (Bouchard et al., 2007). Em consonância, Merrifield e Gamble (2012) reforçaram que é expectável que a coparentalidade de suporte por parte da mãe esteja ligada às perceções do pai sobre a sua competência parental.

Sendo a paternidade um papel social bastante exigente, se os pais não tiverem uma resistência psicológica suficiente para fazer face aos desafios da paternidade, podem carecer de competências parentais adequadas e sentir-se sobrecarregados pelas responsabilidades da parentalidade (Coleman & Karraker, 1998). Rominov e colegas (2016) reforçam esta questão indicando que pais com baixa auto-eficácia podem retrair-se e desistir de desafios relacionados com a parentalidade, limitando o desenvolvimento da sua auto-eficácia parental (Coleman & Karraker, 1998). Estes fatores podem, subsequentemente, impactar a saúde mental paterna uma vez que a baixa auto-eficácia está fortemente associada a dificuldades de saúde mental no pai (Giallo et al., 2018).

Níveis menores de auto-eficácia podem invocar na figura paterna sentimentos de inutilidade ou autoatribuições negativas, influenciando o seu estado afetivo e refletindo cognições típicas de quadros depressivos (Jones & Prinz, 2005). Seigny e Loutzenhiser (2010) obtiveram resultados consistentes em relação ao *stress* parental paterno, indicando que níveis mais elevados de auto-eficácia parental estavam associados a níveis menores de *stress* parental. A baixa auto-eficácia em pais de crianças com idade pré-escolar, que estão em processo terapêutico devido a perturbações mentais, estava também ligada à experiência de níveis mais altos de *stress* parental (Scheel & Reickmann, 1998). A promoção da auto-eficácia parental através de intervenções especificamente concebidas para a figura paterna têm vindo a ter resultados positivos, como é o caso da intervenção “*Working Out Dads*”, avaliada por Giallo e colaboradores (2018), que reportaram a existência de um aumento significativo da auto-eficácia parental do período pré para o pós-intervenção, com os próprios pais a relatarem maior confiança na gestão do *stress* associado ao seu papel de pai.

A literatura tem sugerido que a qualidade da relação coparental influencia a auto-eficácia parental (e.g., Bouchard et al., 2007; Donithen & Schoppe-Sullivan, 2022; Latham et al., 2018;

Merrifield & Gamble, 2012) e que a auto-eficácia parental está, por sua vez, associada à saúde mental paterna (e.g., Coleman & Karraker, 1998; Giallo et al., 2018; Jones & Prinz, 2005; Rominov et al., 2016; Scheel & Reickmann, 1998; Seigny & Loutzenhiser, 2010). Igualmente, a qualidade da relação coparental tem sido diretamente associada à saúde mental paterna (e.g., Fagan & Lee, 2014; Schulz et al., 2023).

O modelo de mediação proposto no presente estudo tem como base as associações previamente estabelecidas entre os construtos. A qualidade da relação coparental atua como fonte de *feedback* contínua (e.g., Donithen & Schoppe-Sullivan, 2022), informando o pai sobre a sua competência parental (reforçando ou comprometendo a percepção de auto-eficácia parental). Subsequentemente, níveis mais elevados de auto-eficácia parental estão associados a uma melhor saúde mental no pai (Seigny & Loutzenhiser, 2010) e níveis menores de auto-eficácia parental estão associados a uma pior saúde mental no pai (Giallo et al., 2018).

1.5. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo analisar a parentalidade na perspectiva do pai, particularmente, de que forma a sua percepção da qualidade da relação coparental está associada à ansiedade, depressão e *stress*, testando o papel mediador da auto-eficácia parental nesta relação. É esperado que níveis mais elevados de suporte coparental estejam negativamente associados à ansiedade, à depressão e ao *stress* (e.g., Schulz et al., 2023), sendo esta relação mediada por níveis mais elevados de auto-eficácia parental (e.g., Donithen & Schoppe-Sullivan, 2022; Seigny & Loutzenhiser, 2010). Espera-se que níveis mais elevados de sabotagem na relação coparental estejam positivamente associados à depressão, à ansiedade e ao *stress* (e.g., Fagan & Lee, 2014; Majdandžić et al., 2012; Wells et al., 2023), mediados por níveis mais baixos de auto-eficácia parental (e.g., Giallo et al., 2018).

A literatura refere diversas variáveis sociodemográficas que podem ser relevantes de considerar nas análises dado o seu papel na parentalidade, nomeadamente o sexo (e.g., Stright & Bales, 2003) e a idade da criança (e.g., Margolin et al., 2001), e atrasos no seu desenvolvimento (e.g., Scherer et al., 2019); a idade do pai (e.g., Williams, 2018), as suas habilitações literárias (e.g., Stright & Bales, 2003), as horas de trabalho semanal (e.g., Afonso et al., 2017), e o rendimento familiar (e.g., Bronte-Tinkew et al., 2017; Chung et al., 2021). Assim, as variáveis mencionadas serão consideradas nas análises.

A compreensão de fatores protetores da saúde mental paterna no contexto familiar é essencial, não só para informar programas de intervenção, profissionais de saúde e políticas públicas, mas para reconhecer a coparentalidade e a auto-eficácia como uma ferramenta de promoção da saúde, promovendo pais e famílias mais saudáveis.

CAPÍTULO 2

Método

2.1. Participantes

No presente estudo participaram 59 pais com pelo menos uma criança em idade pré-escolar. Os pais tinham idades compreendidas entre os 26 e os 49 anos ($M = 35.29$, $DP = 5.78$), dos quais 50.8% estavam casados e 45.8% em união de facto (todos viviam com a criança e a mãe), a viver na Área Metropolitana de Lisboa. Em relação às suas habilitações literárias 1.7% dos pais tinha completado o 3º ciclo, 33.9% completou o ensino secundário, 42.4% concluiu a licenciatura, 20.3% completou o mestrado e 1.7% tinha completado o doutoramento. 98.3% dos pais trabalhavam ($M_{\text{(horas/semana)}} = 40.48$, $DP = 7.84$) e os restantes estavam desempregados. Relativamente às crianças, 28 tinham 3 anos, 13 tinham 4 anos e 18 tinham 5 anos ($M_{\text{(total)}} = 3.83$, $DP = .87$), das quais 31 eram rapazes. Trinta e cinco eram filhos/as único/as. Quarenta e nove crianças frequentavam o jardim de infância e as restantes 10 não frequentavam. Do total de crianças, 14 estavam sinalizadas ou a ser acompanhadas em consultas de desenvolvimento, sendo que apenas 7 especificaram o tipo de consulta (4 na terapia da fala, 2 na fisioterapia e 1 na terapia ocupacional). Relativamente ao rendimento anual da família, reportado em intervalos de acordo com os escalões do IRS em 2025 (Lei nº 55-A/2025, 2025), 6.9% dos pais reportou um rendimento até 8.059€; 6.9% mais de 8.059€ e até 12.160€, 10.3% mais de 12.160 e até 17.233€; 13.8% mais de 17.233€ e até 22.306€; 17.8% mais de 22.306€ e até 28.400€; 22,4% mais de 28.400€ e até 41.629€; 15.5% mais de 41.629€ e até 44.987€; 5.2% mais de 44.987€ e até 83.696€ e 1.7% mais de 83.696€.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário Sociodemográfico

Este questionário visa obter informação sobre a figura paterna (e.g., idade, habilitação literária, estado civil, emprego), agregado familiar (e.g., rendimento) e sobre a criança (e.g., idade, sexo, frequência no jardim de infância).

2.2.2. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (Pais-Ribeiro et al., 2004; Lovibond & Lovibond, 1995)

De modo a avaliar a saúde mental do pai foi utilizada a adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) de Lovibond e Lovibond (1995), traduzida e validada para amostras portuguesas por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), na sua versão breve, mantendo propriedades idênticas às da versão original, e a distinção das três dimensões: depressão, ansiedade e *stress*. O instrumento é composto por 21 itens organizados em três escalas: Ansiedade (7 itens) que avalia a excitação do sistema autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade (e.g., “Senti dificuldades em respirar.”; $\alpha = .74$); a Depressão (7 itens) que avalia a disforia, desânimo, desvalorização da vida, autodepreciação, anedonia, falta de interesse/envolvimento e inércia (e.g., “Senti-me desanimado e melancólico”; $\alpha = .85$); o Stress (7 itens) avalia a dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilidade em ficar agitado/chateado, irritabilidade/reações exageradas e impaciência (e.g., “Tive dificuldades em relaxar.”; $\alpha = .81$). Cada item corresponde a uma afirmação que faz referência a sintomas emocionais negativos. Os participantes devem indicar em que medida sentiram cada sintoma na semana anterior, numa escala tipo *likert* de quatro pontos, referindo-se à gravidade ou frequência dos sintomas: (0) Não se aplicou nada a mim; (1) Aplicou-se a mim algumas vezes; (2) Aplicou-se a mim muitas vezes; e (3) Aplicou-se a mim a maior parte das vezes. Em cada subescala o *score* foi calculado pela média dos respetivos itens (i.e., a soma dos itens dividida pelo número de itens) para que se mantenha a amplitude em todas as escalas. Quanto mais elevado o valor em cada subescala, mais negativo é o estado afetivo do indivíduo. Na presente amostra os valores de alfa de Cronbach foram de .91 para a escala de Ansiedade, .92 para a escala de Depressão e .84 para a escala de Stress.

2.2.3. Escala de Relação Coparental (Costa et al., 2020; Feinberg et al., 2012)

A Escala de Relação Coparental (ERC) é a versão portuguesa da escala de Feinberg et al. (2012) validada por Costa et al. (2020). Tem como objetivo analisar a percepção que o pai tem do apoio da sua mulher/companheira e da coordenação de ambos em relação à educação da criança sobre quem partilham responsabilidades. Na sua versão original a escala é constituída por 35 itens organizados em sete subescalas. Costa et al. (2020), na validação da escala para amostras portuguesa, referem terem sido eliminados quatro dos 35 itens, nomeadamente: os itens que compõem a subescala de Divisão de Tarefas (itens 5 e 20) e os itens 13 e 28 (da escala de Sabotagem e Proximidade Parental) devido aos baixos valores de carga fatorial que apresentavam, perfazendo um total de 31 itens. Dado os objetivos do estudo, apenas são utilizadas a subescala do Suporte Coparental (6 itens), referente ao grau de suporte mútuo entre as figuras parentais, compreendido como a validação das competências do pai perante o os contributos do papel parental da mãe (e.g., “Quando chego ao meu limite como pai, a minha parceira dá-me o apoio extra que eu preciso.”; $\alpha = .92$), e a de Sabotagem (5 itens), que se refere igualmente ao grau de suporte mútuo entre as figuras parentais mas é, por sua vez, evidenciado através de padrões de hostilidade e depreciação por parte da mãe, com o intuito de gerar culpa no pai (e.g., “A minha parceira por vezes faz piadas ou comentários sarcásticos sobre mim como pai.”; $\alpha = .80$). Os itens são respondidos numa escala tipo *likert* de sete pontos: (0) Nada verdade para nós; (1) Quase nada verdade para nós; (2) Um pouco verdade para nós; (3) Algo verdade para nós; (4) Algumas vezes não verdade, algumas vezes verdade; (5) Muitas vezes verdade para nós; e (6) Quase sempre verdade para nós. Valores mais elevados na subescala de Suporte Coparental indicam maior percepção, por parte do pai, de suporte e competência parental, na relação coparental, enquanto valores mais elevados na subescala de Sabotagem Coparental indicam maior percepção, por parte do pai, de conflito ou falta de apoio na relação coparental. No presente estudo os valores de alfa de Cronbach foram de .93 para a subescala de Suporte Coparental e de .89 para a subescala de Sabotagem.

2.2.4. Escala de Sentimento de Competência Parental (Ferreira et al., 2011; Johnston & Mash, 1989)

A Parenting Sense of Competence (PSOC) de Johnston e Mash (1989) analisa os construtos de Eficácia e Satisfação Parental, sendo um dos instrumentos mais frequentemente utilizados no estudo da eficácia parental (Jones & Prinz, 2005). Esta escala foi traduzida e adaptada para

amostras portuguesas por Ferreira et al. (2011), tendo sido obtido um modelo de três fatores. Nesta validação, os autores referem terem sido retirados dois itens, nomeadamente: o item 8 (“A dificuldade de ser pai/mãe é não saber se está a fazer um bom ou um mau trabalho”) e o item 17 (“Ser um bom/boa pai/mãe é por si só uma recompensa”), devido ao critério de fiabilidade individual destes itens, perfazendo um total de 15 itens, divididos em três subescalas. Dado os objetivos do estudo, apenas será utilizada a subescala da Eficácia (7 itens) que analisa a eficácia parental no papel de pai (“Acredito sinceramente que tenho todas as capacidades para ser um bom pai para o meu filho(a).”; $FC = .87$). Os sujeitos respondem aos itens numa escala tipo *likert* de 6 pontos: (1) Concordo Totalmente; (2) Concordo; (3) Concordo Ligeiramente; (4) Discordo Ligeiramente; (5) Discordo; (6) Discordo Totalmente. Os itens da subescala da Eficácia são invertidos para que valores elevados indiquem maior perceção de eficácia parental. Na presente amostra, o valor de alfa de Cronbach foi de .85 para a subescala de Eficácia.

2.3. Procedimento

O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão Especializada de Ética de Psicologia, do Iscte-Instituto Universitário de Lisboa (nº117/2025).

O consentimento informado, o questionário sociodemográfico, as Escalas de Depressão, Ansiedade e Stress, a Escala de Relação Coparental, a Escala de Sentimento de Competência Parental e o debriefing foram introduzidos na plataforma Qualtrics, tendo sido disponibilizado um link para os pais (figura paterna) de crianças em idade pré-escolar. O estudo foi apresentado aos Jardins-de Infância, de modo a pedir a colaboração dos mesmos no envio do link do questionário para os pais das crianças a frequentarem aqueles estabelecimentos de ensino, ou seja, que tivessem pelo menos uma criança entre os 3 e os 5 anos. Caso tivessem mais do que uma criança nesta faixa etária, foi pedido que considerassem a mais nova. O questionário foi, simultaneamente, divulgado em plataformas digitais como grupos de pais e associações que atuem na área da saúde mental paterna. Começaram por preencher questionário 112 pais, mas apenas 59 concluíram o preenchimento.

2.4. Estratégia Analítica

As análises do presente estudo foram efetuadas com recurso ao *software* estatístico IBM SPSS Statistics (versão 29.0.2). A normalidade das variáveis foi testada, e apenas uma variável apresentou distribuição aproximadamente normal, pelo que se optou por realizar correlações de *Spearman*. As análises realizadas inicialmente incluíram estatísticas descritivas e correlações bivariadas entre as variáveis em estudo. De modo a analisar o papel mediador da auto-eficácia parental na associação entre a coparentalidade e a saúde mental paterna testaram-se seis modelos de mediação recorrendo à macro PROCESS (v. 4.2) para SPSS (Hayes, 2022), utilizando o Modelo 4. Para testar efeitos indiretos foram usados intervalos de confiança *bootstrap* de 95%, com base em 5.000 reamostragens de *bootstrap* (Hayes, 2018). A única variável sociodemográfica controlada foi as horas de trabalho semanais do pai, apenas nos modelos de mediação em que a depressão era o *outcome*, tendo por base os resultados obtidos nas análises de correlações.

CAPÍTULO 3

Resultados

Estatísticas descritivas

O mínimo, máximo, média e desvio-padrão das variáveis do estudo são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Mínimo, máximo, média e desvio-padrão da saúde mental, coparentalidade e auto-eficácia parental.

	Min	Máx	M	DP
<i>Saúde Mental</i>				
Ansiedade	0.00	2.86	0.53	0.68
Depressão	0.00	2.71	0.68	0.75
Stress	0.00	2.43	1.06	0.65
<i>Coparentalidade</i>				
Suporte	0.67	6.00	4.50	1.39
Sabotagem	0.00	6.00	1.34	1.44
<i>Auto-Eficácia Parental</i>				
Eficácia	1.57	6.00	4.36	0.90

As associações entre as variáveis sociodemográficas, saúde mental, coparentalidade e eficácia parental foram analisadas recorrendo a correlações de *Spearman*. Os resultados são apresentados na Tabela 2.

A idade da criança está negativa e significativamente correlacionada com o suporte parental e com a auto-eficácia parental, e positiva e significativamente correlacionada com a sabotagem coparental. Assim, pais com crianças mais velhas percecionam menor suporte coparental e menor auto-eficácia parental, e reportam maior sabotagem na relação coparental. O sexo da criança encontra-se positiva e significativamente correlacionado com a sabotagem

coparental, ou seja, quando a criança é do sexo masculino, os pais tendem a reportar níveis mais elevados de sabotagem. O acompanhamento em consulta de desenvolvimento está positiva e significativamente correlacionado com a auto-eficácia parental, assim, quando as crianças são acompanhadas em consulta os pais tendem a reportar valores mais elevados de auto-eficácia parental.

As horas de trabalho semana do pai estão positiva e significativamente correlacionadas com a depressão, sugerindo que pais que trabalhem mais horas por semana reportam mais sintomas de depressão.

O número de filhos está negativa e significativamente correlacionado com o suporte coparental, indicando que famílias com mais filhos tendem a reportar níveis inferiores de suporte coparental. Por último, o rendimento familiar anual encontra-se correlacionado, de forma negativa e significativa, com o suporte coparental e com a auto-eficácia parental sugerindo que rendimentos mais elevados estão associados a níveis menores de suporte coparental e auto-eficácia parental.

Considerando as dimensões de saúde mental em estudo, a ansiedade, depressão e *stress*, estas encontram-se positiva e significativamente correlacionadas entre si. Pais que reportam mais sintomas numa das dimensões, tendem a reportar mais sintomas nas restantes. A ansiedade, assim como a depressão e o *stress* encontram-se correlacionadas de forma negativa e significativa com o suporte coparental e com a auto-eficácia parental e, positiva e significativamente correlacionadas com a sabotagem coparental. Pais que reportem mais sintomas de ansiedade, depressão e *stress* tendem a percecionar a relação coparental como mais conflituosa e de menor suporte, e tendem a experienciar menor auto-eficácia parental.

Em relação às dimensões da coparentalidade, o suporte e a sabotagem coparental, estão negativa e significativamente correlacionados entre si, pais que reportam valores mais elevados de suporte tendem a experienciar menor de sabotagem coparental. O suporte coparental está positiva e significativamente associado com a auto-eficácia parental, enquanto a sabotagem coparental está negativa e significativamente correlacionada com a auto-eficácia parental. Pais que percecionam maior suporte coparental tendem a reportar maior auto-eficácia parental, contrariamente aos que reportam maior sabotagem. Assim, pais que percecionem a sua relação coparental como conflituosa tendem a experienciar níveis menores de auto-eficácia parental.

Tabela 2

Correlações bivariadas entre as variáveis Sociodemográficas, Saúde Mental, Coparentalidade e Eficácia.

	1	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
1. Idade da Criança (<i>Anos</i>)	-	-.11	-.16	.19	-.13	-.15	.25	-.01	.17	.09	.10	-.38**	.40**	-.28*
2. Sexo da Criança (1=rapaz)	-	-	.11	-.04	.08	.10	.20	.02	.13	.13	.03	.01	.28*	.16
3. Consulta Desenvolvimento (1=sim)	-	-	-	-.06	.09	.04	.06	-.05	-.24	-.19	-.25	.07	.03	.33*
4. Idade do Pai	-	-	-	-	.01	.13	.29*	.18	-.04	-.17	-.13	-.16	.04	-.25
5. Habilitações Literárias- Pai	-	-	-	-	-	-.16	.02	.11	.00	-.07	-.04	.10	-.06	-.06
6. Horas de Trabalho- Pai	-	-	-	-	-	-	-.06	.21	.02	.29*	.16	-.11	.06	.20
7. Número de Filhos	-	-	-	-	-	-	-	.15	.10	.01	.03	-.30*	.12	-.08
8. Rendimento Familiar Anual	-	-	-	-	-	-	-	-	.19	.24	.18	-.28*	.10	-.34**
9. EADS - Ansiedade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.72**	.72**	-.42**	.56**	-.60**
10. EADS - Depressão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.86**	-.41**	.64**	-.49**
11. EADS - Stress	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.48**	.61**	-.53**
12. ERC - Suporte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.53**	.49**
13. ERC - Sabotagem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.49**
14. ESCP - Eficácia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

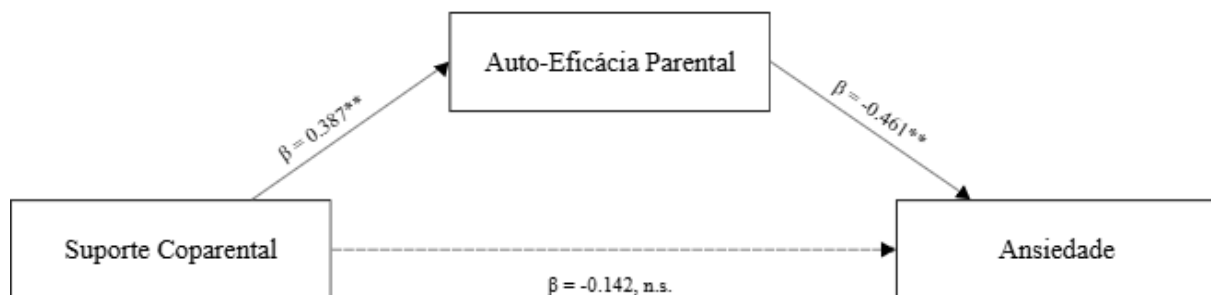
Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$; $N = 59$; $N = 58$ para a variável horas de trabalho do pai; $N = 58$ para a variável rendimento familiar; $N = 57$ para a variável sexo da criança

Análises de mediação

Tendo em consideração as correlações bivariadas apresentadas, foram estimados seis modelos de mediação que permitiram analisar o papel mediador da auto-eficácia na relação entre as dimensões de coparentalidade e as dimensões de saúde mental. As horas de trabalho semanais do pai foram controladas apenas nos modelos cuja variável dependente é a depressão.

Modelo A – Suporte Coparental, Auto-Eficácia Parental e Ansiedade

Na presente amostra, os resultados desta mediação (Figura 1) mostraram que o suporte coparental teve um efeito positivo na auto-eficácia parental ($\beta = 0.387, p = 0.009$). Por sua vez, a auto-eficácia parental teve um efeito negativo na ansiedade ($\beta = -0.461, p = 0.006$). O efeito indireto do suporte coparental na ansiedade, através da auto-eficácia parental, foi significativo uma vez que o intervalo de confiança não incluía o zero ($B = -0.087, SE = 0.040, 95\% CI [-0.177, -0.021]$). O modelo explicou um total de 28.3% da variância na variável dependente. Tais resultados sugerem que maior suporte coparental está associado a menos sintomas de ansiedade, através do aumento da auto-eficácia parental.

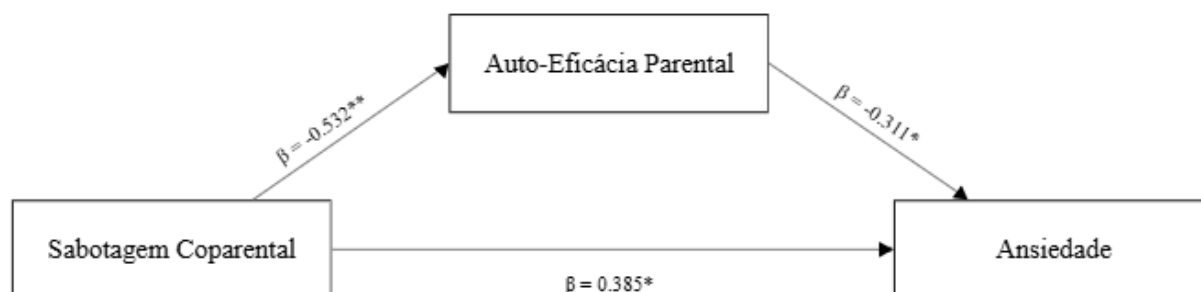


* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; n.s. $p \geq .05$.

Figura 1. Modelo de mediação da auto-eficácia parental na relação entre o suporte coparental e a ansiedade.

Modelo B - Sabotagem Coparental, Auto-Eficácia Parental e Ansiedade

Os resultados desta mediação (Figura 2) mostraram que, na presente amostra, a sabotagem coparental teve um efeito negativo na auto-eficácia parental ($\beta = -0.532$, $p = 0.005$). Por sua vez, a auto-eficácia parental teve um efeito negativo na ansiedade ($\beta = -0.311$, $p = 0.035$). No entanto, não se observou um efeito indireto significativo da sabotagem coparental na ansiedade, via auto-eficácia parental ($B = 0.078$, $SE = 0.38$, 95% CI [0.000, 0.149]). Contudo, a sabotagem coparental teve um efeito direto significativo na ansiedade ($\beta = 0.385$, $p = 0.022$). O modelo explicou um total de 37.2% da variância na variável dependente. Estes resultados sugerem que maior sabotagem coparental está associada a mais sintomas de ansiedade de forma direta.



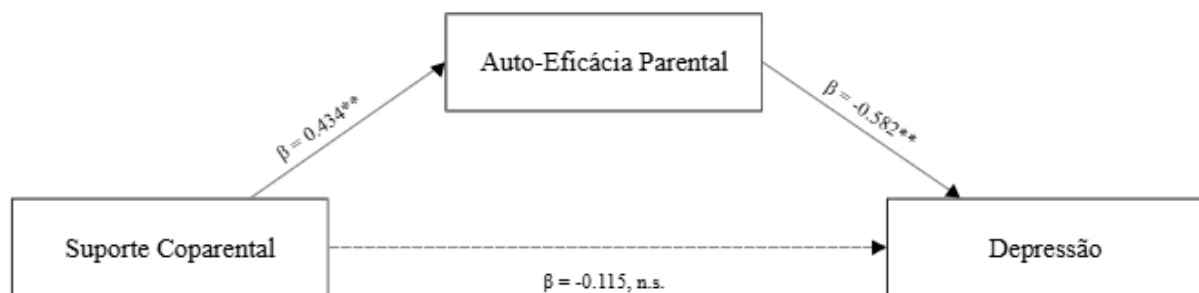
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; n.s. $p \geq .05$.

Figura 2. Modelo de mediação da auto-eficácia parental na relação entre a sabotagem coparental e a ansiedade.

Modelo C - Suporte Coparental, Auto-Eficácia Parental e Depressão

Os resultados desta mediação (Figura 3) mostraram que, para a amostra em estudo, o suporte coparental teve um efeito positivo na auto-eficácia parental ($\beta = 0.434$, $p = 0.004$). Por sua vez, a auto-eficácia parental teve um efeito negativo na depressão ($\beta = -0.582$, $p < .001$). O efeito indireto do suporte coparental na depressão, através da auto-eficácia parental, foi significativo uma vez que o intervalo de confiança não incluía o zero ($B = -0.135$, $SE = 0.05$, 95% CI [-0.251, -0.056]). As horas de trabalho semanais do pai foram incluídas como variável de controle no modelo, não se tendo mostrado associadas de forma significativa com a depressão ($\beta = 0.176$, $p = 0.555$). O modelo explicou um total de 39.3% da variância na variável dependente. Tais

resultados sugerem que maior suporte coparental está associado a menos sintomas de depressão, através do aumento da auto-eficácia parental.

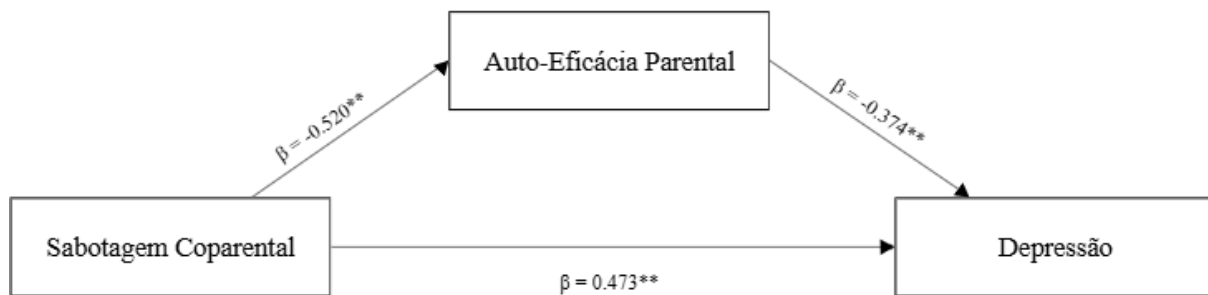


* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; n.s. $p \geq .05$.

Figura 3. *Modelo de mediação da auto-eficácia parental na relação entre o suporte coparental e a depressão.*

Modelo D - Sabotagem Coparental, Auto-Eficácia Parental e Depressão

Na amostra em estudo, os resultados desta mediação (Figura 4) mostraram que a sabotagem coparental teve um efeito negativo na auto-eficácia parental ($\beta = -0.520, p = 0.005$). Por sua vez, a auto-eficácia parental teve um efeito negativo na depressão ($\beta = -0.374, p = 0.003$). O efeito indireto da sabotagem coparental na depressão, através da auto-eficácia parental, foi significativo uma vez que o intervalo de confiança não incluía o zero ($B = 0.100, \text{BootSE} = 0.043, 95\% \text{ CI } [0.030, 0.199]$). Também, a sabotagem coparental teve um efeito direto significativo na depressão ($\beta = 0.473, p = .001$) com o mediador no modelo, observando-se uma mediação parcial. As horas de trabalho semanais do pai foram incluídas como variável de controlo no modelo, não se tendo mostrado associadas de forma significativa com a depressão ($\beta = 0.173, p = 0.422$). O modelo explicou um total de 54.2% da variância na variável dependente. Estes resultados sugerem que maior sabotagem coparental leva a uma diminuição na auto-eficácia parental que, por sua vez, pode levar a mais sintomas de depressão.

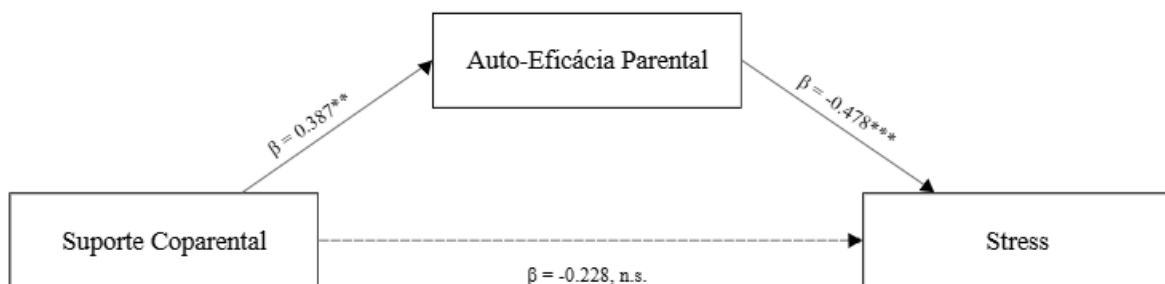


* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; n.s. $p \geq .05$.

Figura 4. Modelo de mediação da auto-eficácia parental na relação entre a sabotagem coparental e a depressão.

Modelo E - Suporte Coparental, Auto-Eficácia Parental e Stress

Com base nos dados da amostra em estudo, os resultados desta mediação (Figura 5) mostraram que o suporte coparental teve um efeito positivo na auto-eficácia parental ($\beta = 0.387, p = 0.009$). Por sua vez, a auto-eficácia parental teve um efeito negativo no stress ($\beta = -0.478, p < .001$). O efeito indireto do suporte coparental na ansiedade, através da auto-eficácia parental, foi significativo uma vez que o intervalo de confiança não incluía o zero ($B = -0.087, SE = 0.032, 95\% \text{ CI } [-0.156, -0.031]$). O modelo explicou um total de 36.5% da variância na variável dependente. Tais resultados sugerem que maior suporte coparental está associado a menos sintomas de stress, através do aumento da auto-eficácia parental.

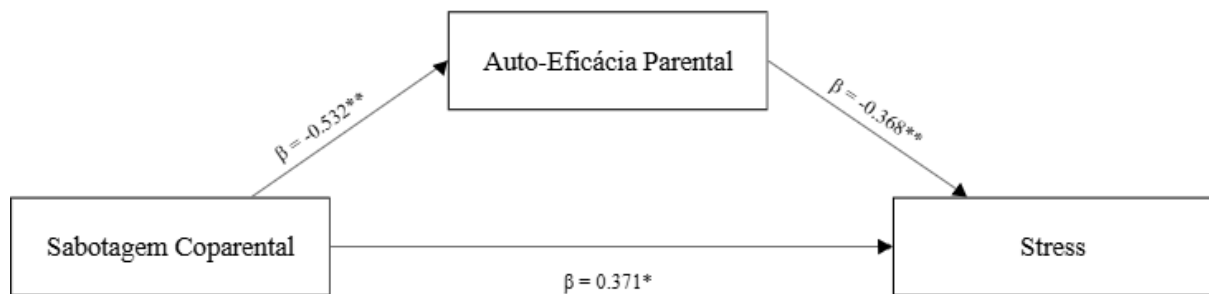


* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; n.s. $p \geq .05$.

Figura 5. Modelo de mediação da auto-eficácia parental na relação entre o suporte coparental e o stress.

Modelo F - Sabotagem Coparental, Auto-Eficácia Parental e *Stress*

Na presente amostra, os resultados desta mediação (Figura 6) mostraram que a sabotagem coparental teve um efeito negativo na auto-eficácia parental ($\beta = -0.532$, $p = 0.005$). Por sua vez, a auto-eficácia parental teve um efeito negativo no *stress* ($\beta = -0.368$, $p = 0.002$). O efeito indireto da sabotagem coparental no *stress*, através da auto-eficácia parental, foi significativo uma vez que o intervalo de confiança não incluía o zero ($B = 0.089$, $SE = 0.035$, 95% CI [0.026, 0.162]). Também, a sabotagem coparental teve um efeito direto significativo no *stress* ($\beta = 0.371$, $p = 0.010$) com o mediador no modelo, observando-se uma mediação parcial. O modelo explicou um total de 41.9% da variância na variável dependente. Estes resultados sugerem que maior sabotagem coparental leva a uma diminuição na auto-eficácia parental que, por sua vez, pode levar a mais sintomas de *stress*.



* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; n.s. $p \geq .05$.

Figura 6. Modelo de mediação da auto-eficácia parental na relação entre a sabotagem coparental e o *stress*.

CAPÍTULO 4

Discussão

Tem vindo a ser observado, nas últimas décadas, o envolvimento crescente do pai na família e a reconfiguração do seu papel para promotor do desenvolvimento integral dos filhos (Wall, 2010). Tais mudanças impulsionaram o estudo da coparentalidade de forma mais generalizada (Lamela et al., 2010), bem como a investigação da saúde mental paterna (Wong et al., 2015) e o papel da auto-eficácia na saúde mental do pai (Klode et al., 2025). É fundamental que o pai mantenha uma boa saúde mental, tanto para o bem-estar do próprio, como para o do núcleo familiar (Fisher, 2016). A promoção de figuras parentais mais saudáveis está inerentemente associada à compreensão dos mecanismos subjacentes à saúde mental paterna. O presente estudo teve como objetivo adicionar a esta literatura, analisando a associação entre a perceção da qualidade da relação coparental e a saúde mental paterna, testando o papel mediador da auto-eficácia parental nesta associação, segundo a perspetiva dos próprios pais.

Verificou-se nesta amostra que, quando os pais percecionam maior suporte coparental, a auto-eficácia parental aumenta, e tendem a experienciar menos sintomas de ansiedade. Tal é consistente com estudos que mencionam que relações coparentais positivas, caracterizadas pelo suporte, podem informar os pais sobre as suas capacidades parentais e associar-se a uma maior auto-eficácia parental (e.g., Donithen & Schoppe-Sullivan, 2022; Merrifield & Gamble, 2012), que por sua vez, protege os pais de sentimentos ansiosos, estando então associada a menos sintomas de ansiedade (e.g., Jones & Prinz, 2005). Por outro lado, na presente amostra, quando os pais percecionam maior sabotagem coparental, os sintomas de ansiedade tendem a aumentar. Estes resultados vão ao encontro do que é reportado na literatura, particularmente que a sabotagem coparental, presente em relações coparentais marcadas pelo conflito ou crítica, associam-se a mais sintomas de ansiedade (e.g., Majdandžić et al., 2012). Ainda que, nesta amostra, a auto-eficácia parental não tenha mediado esta relação, uma explicação possível é que outras variáveis não consideradas no presente estudo possam estar a desempenhar esse papel. Uma hipótese a ter em consideração é que, por exemplo, as estratégias de regulação emocional mal adaptativas possam mediar a relação entre a sabotagem coparental e a ansiedade. É plausível que uma relação coparental de menor qualidade possa levar a que o pai experiencie uma sobrecarga de emoções negativas e que necessite de recorrer a estratégias de regulação emocional (e.g., Feinberg, 2003). Não obstante, se estas forem mal adaptativas, poderão

contribuir para mais sintomas de ansiedade (e.g., Aldao et al., 2010). Contudo, esta explicação deve ser interpretada como uma hipótese, carecendo de confirmação em investigações futuras.

Naquilo que concerne uma outra dimensão da saúde mental, a depressão, os pais da presente amostra que percebem a sua relação coparental como de suporte veem a aumentar a sua auto-eficácia parental e, por sua vez, experienciam menos sintomas de depressão. A literatura aponta para que a interpretação do pai relativamente à relação coparental seja expressiva para a sua auto-eficácia parental (e.g., Latham et al., 2018) e que, caso seja positiva, pode fazer com que a sua auto-eficácia parental aumente (e.g., Donithen & Schoppe-Sullivan, 2022), estando por sua vez associada a menos sintomas de depressão (e.g., Bamishigbin et al., 2020). Em contraste, os pais da nossa amostra que avaliam a sua relação coparental como hostil e depreciativa, características de uma relação de sabotagem, tendem a apresentar diminuições na auto-eficácia parental, levando a que experienciem mais sintomas de depressão. Estes resultados vão ao encontro do que é descrito na literatura, isto é, a relação coparental negativa e competitiva está associada à diminuição da auto-eficácia parental (e.g., Merrifield & Gamble, 2012), o que leva a um aumento de sintomas depressivos (e.g., Ritorto e tal., 2024). Da mesma forma, nesta amostra, pais que percecionem a sua relação como de sabotagem tendem a experienciar mais sintomas característicos da depressão, estando estes resultados alinhados com a literatura que reporta que pais que se sintam desprovidos de apoio na relação coparental podem experienciar sintomas de depressão (e.g., Solmeyer & Feinberg, 2011).

Quanto ao *stress*, os pais desta amostra que avaliam a sua relação coparental como de suporte tendem a sentir mais auto-eficácia parental e posteriormente, menos sintomas de *stress*. Estes resultados estão alinhados com o que é descrito na literatura, em que relações de coparentalidade positivas, caracterizadas pelo suporte, atuam como condutor de *feedback* para o pai sobre a eficácia das suas capacidades parentais (e.g., Merrifield & Gamble, 2012) e aumentam a auto-eficácia parental (e.g., Donithen & Schoppe-Sullivan, 2022), diminuindo os sintomas de *stress* (e.g., Giallo et al., 2018). Em oposição, quando na presente amostra os pais avaliam a relação coparental como sendo caracterizada pela sabotagem, a sua auto-eficácia parental tende a diminuir, levando-os a experienciar mais sintomas de *stress*. Estes resultados apresentam-se coerentes com a literatura disponível, que reporta que uma relação coparental pautada por atitudes de depreciação leva a uma diminuição na auto-eficácia parental do pai (e.g., Merrifield & Gamble, 2012), e associa-se ao aumento de sintomas de *stress* nos mesmos (e.g., Seymour et al., 2013). Ademais, nesta amostra, pais que reportavam maior sabotagem coparental experienciavam mais sintomas de *stress* e esse resultado está em concordância com a literatura (e.g., Fagan & Lee, 2014).

5.1. Limitações e Estudos Futuros

O presente estudo apresenta limitações que devem ser discutidas e sobre as quais deve haver uma reflexão que permita a sua consideração em estudos futuros. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra é reduzido. Também, esta amostra é pouco diversa, sendo que uma grande parte dos pais apresenta níveis de escolaridade elevados, um rendimento anual acima do valor médio em Portugal, de acordo com dados de 2023 (PORDATA, 2025), e reside na Área Metropolitana de Lisboa. Tais características não possibilitam que se façam generalizações em relação aos resultados obtidos, pelo facto de a amostra em estudo poder não ser representativa face à diversidade dos pais portugueses. Ainda, o presente estudo é transversal, o que representa uma limitação em termos de inferências de causalidade. No futuro, será interessante integrar as três variáveis deste estudo num desenho longitudinal.

No presente estudo foram apenas utilizadas medidas de autorrelato validadas para amostras portuguesas. Contudo, é mais provável que respostas obtidas através destas medidas sejam influenciadas pela desejabilidade social, levando a que os resultados sejam condicionados por respostas que os sujeitos considerem socialmente aceitáveis. Ainda, deve existir uma reflexão em relação à extensão das medidas de autorrelato utilizadas, que pode levar a que os sujeitos não respondam de forma integral, bem como à linguagem presente nas medidas, que pode não ser adequada a todos os indivíduos.

Uma outra limitação metodológica deste estudo prende-se pela questão de o pai ser a única fonte de informação, pelo que poderá ser importante considerar em estudos futuros a utilização de outros métodos de recolha de dados, tais como medidas observacionais. Adicionalmente, uma das limitações associadas à recolha de dados online é a falta de controlo do investigador nas condições ambientais em que os sujeitos estão a responder. Tal pode introduzir distrações passíveis de afetar o preenchimento do questionário e a qualidade das respostas (Wenz, 2019).

É, também, imprescindível refletir sobre a metodologia utilizada na investigação da figura paterna, bem como nas intervenções em que nela se baseiam. Na avaliação da saúde mental masculina e paterna, o estigma internalizado pode, potencialmente, dificultar a procura de ajuda profissional (Latalova et al., 2014). Mesmo que esta população recorra a ajuda profissional, é menos provável que apresente sintomas que se enquadrem nas medidas de *screening* mais utilizadas, levando a que se subestimem resultados referentes à sua saúde mental (Smith et al.,

2018). Igualmente, pensando na avaliação de fatores associados à paternidade, é comum que as medidas derivem de adaptações de avaliações pensadas para as mães (Cabrera et al., 2018). Assim, é fundamental que se desenvolvam métodos de avaliação que tenham em consideração as especificidades dos pais. As fragilidades na avaliação da figura paterna levam a que sejam escassas as intervenções pensadas especificamente para os pais, que tenham em conta as suas necessidades e subsistemas, direcionadas à promoção da sua saúde mental (Giallo et al., 2018).

A análise da saúde mental paterna à luz da qualidade da relação coparental e da auto-eficácia parental, na perspetiva do pai, é essencial, mas tem limitações associadas à interpretação dos resultados. Seria importante analisar estas relações partindo de uma perspetiva diádica, sendo que a literatura sugere que a saúde mental e a perceção da qualidade da relação coparental de um dos membros da díade é sensível à avaliação do outro (Güre et al., 2024; Soliday et al., 1999), assim como a perceção de auto-eficácia parental (Merrifield & Gamble, 2012).

Futuramente, será pertinente analisar o impacto de outras variáveis suscetíveis de influenciar a saúde mental paterna, como é exemplo o apoio social. Este aspeto tem sido identificado na literatura como relevante para a saúde mental do pai (e.g., Crinic & Low, 2002; Skreden et al., 2012) e é uma estratégia de *coping* de que os homens tendem a dispor menos, tendo tipicamente redes de apoio menos diversas, menos eficazes e de dimensão menor comparativamente às mulheres (Smith et al., 2018). Isto pode fazer com que o pai se sinta mais isolado na sua experiência de parentalidade e pode ter consequências negativas nos seus resultados de saúde mental (Giallo et al., 2018).

É imprescindível que se continue a investigar a saúde mental paterna; é importante que se desmistifique a ideia de que as noções sociais de masculinidade são incompatíveis com a procura de ajuda profissional (Affleck et al., 2018) e que se reconheça, plenamente, o pai como cuidador e parte integrante da unidade familiar (Cabrera et al., 2018).

O presente estudo reforça a pertinência de se olhar atentamente para a saúde mental paterna no período pré-escolar, reconhecendo que o seu cuidado é vital para que as crianças e a família se desenvolvam de forma saudável. A relação coparental tem um papel de destaque neste processo, pela sua influência, não apenas na saúde mental do pai (e.g., Feinberg, 2003; Schulz et al., 2023), mas também na sua perceção de auto-eficácia (e.g., Donithen & Schoppe-Sullivan, 2022). Analisar os fatores que influenciam a saúde mental paterna permite que se desenvolvam programas de intervenção e grupos de apoio, com o intuito de abordar a saúde mental ao longo da paternidade, de acordo com as necessidades dos pais. Este tipo de intervenções já tem surgido noutros países, como é o caso da Austrália, com o programa “*Working Out Dads*”

(WOD) desenvolvido pelo *King & Tweddle Child & Family Health Service*, em 2016. Neste programa desenhado especificamente para a figura paterna, os pais encontram um grupo de apoio composto pelos seus pares onde o objetivo é a promoção da saúde mental e física. Cada sessão integra psicoeducação, discussão em grupo e atividade física (Giallo et al., 2018). O WOD aborda temas como a saúde, o apoio social, a parentalidade e a relação em casal, e dentro de cada um desenvolvem subtemas (e.g., saúde mental, apoio emocional, coparentalidade e auto-eficácia parental, respetivamente) (Giallo et al., 2020). Apesar dos seus objetivos, a curto prazo, apontarem apenas para resultados de saúde individuais (i.e., redução de sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, aumento da auto-eficácia, melhoria do suporte social percebido e da saúde física), têm em vista objetivos a longo prazo que beneficiam as crianças, o casal e a família (Giallo et al., 2020).

Referências Bibliográficas

- Aboim, S. (2010). Género, família e mudança em Portugal. In K. Wall, S. Aboim, & V. Cunha (Eds.), *A Vida Familiar no Masculino: Negociando Velhas e Novas Masculinidades* (pp. 39–66). Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- Affleck, W., Carmichael, V., & Whitley, R. (2018). Men's mental health: Social determinants and implications for services. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9), 581–589. <https://doi.org/10.1177/0706743718762388>
- Afonso, P., Fonseca, M., & Pires, J. F. (2017). Impact of working hours on sleep and mental health. *Occupational Medicine*, 67(5), 377–382. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx054>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2013a). Assessment Measures. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed.) (pp. 733–748). <https://www.cruzvermelha.pt/images/pdf/DSM-5.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013b). Generalized Anxiety Disorder. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed.) (pp. 222–226). <https://www.cruzvermelha.pt/images/pdf/DSM-5.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013c). Major depressive disorder. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed.) (pp. 160–168). <https://www.cruzvermelha.pt/images/pdf/DSM-5.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013d). Use of the Manual. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed.) (p. 20). <https://www.cruzvermelha.pt/images/pdf/DSM-5.pdf>
- American Psychological Association. (2018a). Anxiety. In *Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/anxiety>
- American Psychological Association. (2018b). Depression. In *Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/depression>
- American Psychological Association. (2018c). Mental Health. In *Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/mental-health>

- American Psychological Association. (2018d). Stress. In *Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/stress>
- Antunes, A., Silva, M., Azeredo-Lopes, S., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2022). Perceived stigma and discrimination among persons with mood and anxiety disorders: Results from the WHO World Mental Health Survey Portugal. *The European Journal of Psychiatry*, 36(4). <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2022.06.001>
- Ardelt, M., & Eccles, J. S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22(8), 944–972. <https://doi.org/10.1177/019251301022008001>
- Bamishigbin, O. N., Wilson, D. K., Abshire, D. A., Mejia-Lancheros, C., & Dunkel Schetter, C. (2020). Father involvement in infant parenting in an ethnically diverse community sample: Predicting paternal depressive symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.578688>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bouchard, G., Lee, C., Asgary, V., & Pelletier, L. (2007). Fathers' motivation for involvement with their children: A self-determination theory perspective. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*, 5(1), 25–41. <https://doi.org/10.3149/fth.0501.25>
- Bronte-Tinkew, J., Horowitz, A., & Carrano, J. (2010). Aggravation and stress in parenting: Associations with coparenting and father engagement among resident fathers. *Journal of Family Issues*, 31(4), 525–555. <https://doi.org/10.1177/0192513x09340147>
- Cabrera, N. J., Volling, B. L., & Barr, R. (2018). Fathers Are Parents, Too! Widening the Lens on Parenting for Children's Development. *Child Development Perspectives*, 12(3), 152–157. <https://doi.org/10.1111/cdep.12275>
- Chung, G., Smith, Q., Frey, J., & Lanier, P. (2021). Associations between depression and parenting of fathers in Head Start and parental self-efficacy as a protective factor. *Children and Youth Services Review*, 120, 105758. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105758>
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1998). Self-Efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18(1), 47–85. <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>
- Costa, P. A., Garcia, I. Q., Tasker, F., & Leal, I. (2020). Adaptação das versões completa e breve da Escala de Relação Coparental (ERC) em uma amostra comunitária de pais e mães

<https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i1.1598>

- Coulacoglou, C., & Saklofske, D. H. (2018). The assessment of family, parenting, and child outcomes. In *Psychometrics and Psychological Assessment - Principles and Applications* (pp. 187–222). Elsevier.
- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting: Vol. 5. Practical Issues in parenting* (2^a ed.) (pp. 243–267). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- De Palma, M., Rooney, R., Izett, E., Mancini, V., & Kane, R. (2023). The relationship between parental mental health, reflective functioning coparenting and social emotional development in 0-3 year old children. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1054723>
- Donithen, R., & Schoppe-Sullivan, S. (2022). Correlates and predictors of parenting self-efficacy in new fathers. *Journal of Family Psychology*, 36(3), 396–405. <https://doi.org/10.1037/fam0000910>
- Fagan, J., & Lee, Y. (2014). Longitudinal associations among fathers' perception of coparenting, partner relationship quality, and paternal stress during early childhood. *Family Process*, 53(1), 80–96. <https://doi.org/10.1111/famp.12055>
- Feinberg, M. E. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 173–195. <https://doi.org/10.1023/a:1019695015110>
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting*, 3(2), 95–131. https://doi.org/10.1207/s15327922par0302_01
- Ferreira, B., Veríssimo, M., Santos, A. J., Fernandes, C., & Cardoso, J. (2011). Escala de Sentimento de Competência Parental: Análise confirmatória do modelo de medida numa amostra de pais portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(2). <https://doi.org/10.14417/lp.630>
- Fisher, S. D. (2016). Paternal mental health: Why is it relevant? *American Journal of Lifestyle Medicine*, 11(3), 200–211. <https://doi.org/10.1177/1559827616629895>
- Garfield, C. F., Duncan, G., Rutsohn, J., McDade, T. W., Adam, E. K., Coley, R. L., & Chase-Lansdale, P. L. (2014). A longitudinal study of paternal mental health during transition to fatherhood as young adults. *PEDIATRICS*, 133(5), 836–843. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3262>

- Giallo, R., Evans, K., & Williams, L. A. (2018). A pilot evaluation of “Working Out Dads”: Promoting father mental health and parental self-efficacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(4), 421–433. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1472750>
- Giallo, R., Williams, L. A., Seymour, M., Jillard, C., Peace, R., O’Brien, J., Evans, K., Brown, S., & Wood, C. (2020). “Working Out Dads” to promote men’s mental and physical health in early fatherhood: A mixed-methods evaluation. *Journal of Family Studies*, 28(2), 1–22. <https://doi.org/10.1080/13229400.2020.1729838>
- Gough, B., & Novikova, I. (2020). Mental health, men and culture: How do sociocultural constructions of masculinities relate to men’s mental health help-seeking behaviour in the WHO european region? (Vol. 70). Health Evidence Network Synthesis Report. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559706/>
- Güre, P., Gürmen, M. S., & Acar, İ. H. (2024). Dyadic examination of parents’ general psychological distress and coparenting in families with young children: The mediating role of couple satisfaction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 51. <https://doi.org/10.1111/jmft.12739>
- Isacco, A., Garfield, C. F., & Rogers, T. E. (2010). Correlates of coparental support among married and nonmarried fathers. *Psychology of Men & Masculinity*, 11(4), 262–278. <https://doi.org/10.1037/a0020686>
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167–175. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341–363. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Klode, A., Fentz, H. N., & Trillingsgaard, T. (2025). Examining the reciprocal relationship between fathers’ perceived parenting competence and coparenting across early childhood. *Journal of Family Issues*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/0192513x251356257>
- Lamela, D., Nunes-Costa, R., & Figueiredo, B. (2010). Modelos teóricos das relações coparentais: Revisão crítica. *Psicologia Em Estudo*, 15(1), 205–216. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722010000100022>
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10(2014), 1399. <https://doi.org/10.2147/ndt.s54081>

- Latham, R. M., Mark, K. M., & Oliver, B. R. (2018). Coparenting and children's disruptive behavior: Interacting processes for parenting sense of competence. *Journal of Family Psychology*, 32(1), 151–156. <https://doi.org/10.1037/fam0000362>
- Lei n.º 55-A/2025 da Assembleia da República: Altera o Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares. (2025). Diário da República n.º 139, Suplemento, Série I de 22-07-2025. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/55-a-2025-925904929>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Majdandžić, M., de Vente, W., Feinberg, M. E., Aktar, E., & Bögels, S. M. (2012). Bidirectional associations between coparenting relations and family member anxiety: A review and conceptual model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 28–42. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0103-6>
- McHale, J. P., Kuersten-Hogan, R., & Rao, N. (2004). Growing points for coparenting theory and research. *Journal of Adult Development*, 11(3), 221–234. <https://doi.org/10.1023/b:jade.0000035629.29960.ed>
- Merrifield, K. A., & Gamble, W. C. (2012). Associations among marital qualities, supportive and undermining coparenting, and parenting self-efficacy. *Journal of Family Issues*, 34(4), 510–533. <https://doi.org/10.1177/0192513x12445561>
- Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: Cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 year. *Archives of General Psychiatry*, 64(6), 651–660. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.6.651>
- Möller, E. L., Majdandžić, M., & Bögels, S. M. (2015). Parental anxiety, parenting behavior, and infant anxiety: Differential associations for fathers and mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24(9), 2626–2637. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0065-7>
- Monteiro, L., Fernandes, M., Veríssimo, M., Pessoa e Costa, I., Torres, N., & Vaughn, B. E. (2010). Perspectiva do pai acerca do seu envolvimento em famílias nucleares. Associações com o que é desejado pela mãe e com as características da criança. *Revista Interamericana de Psicologia*, 4, 120–130.
- Nath, S., Psychogiou, L., Kuyken, W., Ford, T., Ryan, E., & Russell, G. (2016). The prevalence of depressive symptoms among fathers and associated risk factors during the first seven

- years of their child's life: Findings from the Millennium Cohort Study. *BMC Public Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3168-9>
- OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Portugal: Perfil de saúde do país 2023 – State of Health in the EU. *OECD Publishing; European Observatory on Health Systems and Policies*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_pt_portuguese.pdf
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *JAMA*, 303(19). <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, B., Wilberg, T., & Kvarstein, E. H. (2018). Revised manual for the Global Assessment of Functioning scale. *European Psychiatry*, 51, 16–19. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.028>
- Pereira, C. M., Fonseca-Moutinho, J., & Morais, S. (2020). Depressão perinatal paterna: Fatores de risco. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 18(1&2), 62–73. <https://doi.org/10.25752/psi.19812>
- Philpott, L., Goodwin, J., & Saab, M. M. (2022). Paternal leave and fathers' mental health: A rapid literature review. *International Journal of Mens Social and Community Health*, 5(SP1), pp. 29-49. <https://doi.org/10.22374/ijmsch.v5isp1.72>
- Pinto, T. M., & Figueiredo, B. (2022). Couple's relationship and depressive symptoms during the transition to parenthood and toddler's emotional and behavioral problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063610>
- PORDATA. (2025). *Salário médio anual ajustado (tempo inteiro)*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/salarios-e-pensoes/salarios/salario-medio-anual-ajustado-tempo-inteiro>
- Price-Robertson, R., Baxter, J., & Mathews, S. (2017). Longitudinal associations between fathers' mental health and the quality of their coparenting relationships. *Clinical Psychologist*, 21(3), 215–226. <https://doi.org/10.1111/cp.12072>
- Ritorto, L., McMahon, G., Wallace, C., Bladon, S., Dent, J., & Giallo, R. (2024). Factors associated with fathers' mental health difficulties in an australian help-seeking sample.

- Journal of Child and Family Studies*, 33(8), 2681–2692. <https://doi.org/10.1007/s10826-024-02884-1>
- Rominov, H., Giallo, R., & Whelan, T. A. (2016). Fathers' postnatal distress, parenting self-efficacy, later parenting behavior, and children's emotional-behavioral functioning: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 30(8), 907–917. <https://doi.org/10.1037/fam0000216>
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., & Halmesmaki, E. (2008). Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 219–228. <https://doi.org/10.1080/01674820802000467>
- Scheel, M. J., & Rieckmann, T. (1998). An empirically derived description of self-efficacy and empowerment for parents of children identified as psychologically disordered. *The American Journal of Family Therapy*, 26(1), 15–27. <https://doi.org/10.1080/01926189808251083>
- Scherer, N., Verhey, I., & Kuper, H. (2019). Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14(7), e0219888. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219888>
- Schoppe-Sullivan, S. J., Settle, T. A., Lee, J. Y., & Kamp, C. M. (2016). Supportive coparenting relationships as a haven of psychological safety at the transition to parenthood. *Research in Human Development*, 13(1), 32–48. <https://doi.org/10.1080/15427609.2016.1141281>
- Schrodt, P., & Braithwaite, D. O. (2011). Coparental communication, relational satisfaction, and mental health in stepfamilies. *Personal Relationships*, 18(3), 352–369. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01295.x>
- Schulz, M., Wood, C., & Giallo, R. (2023). Co-parenting and parenting behaviour: The role of parent mental health for mothers and fathers in the postnatal period. *Child & Family Social Work*, 28. <https://doi.org/10.1111/cfs.13042>
- Sevigny, P. R., & Loutzenhiser, L. (2010). Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child: Care, Health and Development*, 36(2), 179–189. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00980.x>
- Seymour, M., Dunning, M., Cooklin, A., & Giallo, R. (2013). Socioecological factors associated with fathers' well-being difficulties in the early parenting period. *Clinical Psychologist*, 18(2), 63–73. <https://doi.org/10.1111/cp.12016>
- Skreden, M., Skari, H., Malt, U. F., Pripp, A. H., Björk, M. D., Faugli, A., & Emblem, R. (2012). Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool

- children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(7), 596–604. <https://doi.org/10.1177/1403494812460347>
- Smith, D. T., Mouzon, D. M., & Elliott, M. (2018). Reviewing the assumptions about men's mental health: An exploration of the gender binary. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 78–89. <https://doi.org/10.1177/1557988316630953>
- Soliday, E., McCluskey-Fawcett, K., & O'Brien, M. (1999). Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 30–38. <https://doi.org/10.1037/h0080379>
- Solmeyer, A. R., & Feinberg, M. E. (2011). Mother and father adjustment during early parenthood: The roles of infant temperament and coparenting relationship quality. *Infant Behavior and Development*, 34(4), 504–514. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.07.006>
- Stright, A. D., & Bales, S. S. (2003). Coparenting quality: Contributions of child and parent characteristics. *Family Relations*, 52(3), 232–240. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2003.00232.x>
- Teubert, D., & Pinquart, M. (2010). The association between coparenting and child adjustment: A meta-analysis. *Parenting*, 10(4), 286–307. <https://doi.org/10.1080/15295192.2010.492040>
- Vergara, K. A., Cárdenas, S. D., & Martínez, F. G. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: Prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173–181. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(13\)70004-0](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(13)70004-0)
- Wall, K. (2010). Os homens e a política de família. In *A Vida Familiar No masculino: Negociando Velhas E Novas Masculinidades* (pp. 67–94). Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- Wells, M. B., Jeon, L., & Aronson, O. (2023). Bidirectional associations between paternal postpartum depression symptoms and coparenting: A cross-lagged panel model of fathers of infants and toddlers. *Journal of Affective Disorders*, 324, 440–448. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.128>
- Wenz, A. (2019). Do distractions during web survey completion affect data quality? Findings from a laboratory experiment. *Social Science Computer Review*, 39(1), 148–161. <https://doi.org/10.1177/0894439319851503>
- Williams, D. T. (2018). Parental depression and cooperative coparenting: A longitudinal and dyadic approach. *Family Relations*, 67(2), 253–269. <https://doi.org/10.1111/fare.12308>

- Wong, O., Nguyen, T., Thomas, N., Thomson-Salo, F., Handrinos, D., & Judd, F. (2015). Perinatal mental health: Fathers - the (mostly) forgotten parent. *Asia-Pacific Psychiatry*, 8(4), 247–255. <https://doi.org/10.1111/appy.12204>
- World Health Organization. (s.d.). Mental health. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (2012). *WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>