



UC/EPCE—2016

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto**

Ana Catarina Oliveira da Costa (e-mail: [ana\\_cat03@hotmail.com](mailto:ana_cat03@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde,  
Subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-  
Comportamentais em Perturbações Psicológicas e Saúde, sob a  
orientação da Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e da  
Doutora Ana Fonseca

# **Adaptação da Escala de Atitudes Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto**

## **Resumo**

A Escala de Atitudes Face à Maternidade (EAM) avalia as atitudes disfuncionais face à maternidade, sendo que estas têm sido apontadas como um fator de risco para a Depressão Pós-Parto. Este estudo pretendeu adaptar a EAM para a população portuguesa e avaliar as suas qualidades psicométricas. Além disso, teve como objetivo avaliar a influência das atitudes disfuncionais face à maternidade na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no período pós-parto. Para tal, utilizou-se uma amostra de 387 mulheres no período pós-parto, que responderam, num estudo transversal, à EAM e a outros questionários de auto-resposta. No que diz respeito às características psicométricas da EAM, a análise fatorial revela que o modelo mais ajustado é um modelo tridimensional, semelhante ao modelo da versão original. A escala revelou boas qualidades psicométricas, sendo um instrumento útil na avaliação das atitudes disfuncionais face à maternidade. A presente investigação permitiu também verificar que um maior número de fatores de risco foi significativamente associado a atitudes mais disfuncionais face à maternidade, particularmente relacionadas com crenças sobre o julgamento dos outros e sobre a responsabilidade materna que, por sua vez, se traduziu em níveis mais elevados de sintomatologia depressiva no período pós-parto. Isto revela-nos a importância de uma avaliação das atitudes disfuncionais face à maternidade para uma eficaz prevenção de uma Depressão Pós-Parto.

**Palavras-chave:** Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade; Depressão Pós-Parto; Escala de Atitudes Face à Maternidade; Estudos Psicométricos; Fatores de Risco

# **Adaptation of the Attitudes Toward Motherhood Scale for the Portuguese population: The role of dysfunctional attitudes in the relationship between risk factors and postpartum depressive symptoms**

## **Abstract**

The Attitudes Toward Motherhood Scale (AToM) evaluates dysfunctional attitudes toward motherhood, and these have been identified as a risk factor for Postpartum Depression. This study aimed to adapt the AToM for the Portuguese population and evaluate its psychometric qualities. Moreover, it intended to evaluate the influence of dysfunctional attitudes toward motherhood in the relationship between risk factors and symptoms of depression in the postpartum period. For this, we used a sample of 387 women in the postpartum period, which responded in a cross-sectional study, the AToM and other self-report questionnaires. With regard to the psychometric characteristics of AToM, factor analysis reveals as more suitable a three-dimensional model, similar to the model of the original version. The scale showed good psychometric qualities, being a useful tool to assess the dysfunctional attitudes toward motherhood. This investigation has also found that a greater number of risk factors was significantly associated with more dysfunctional attitudes toward motherhood, particularly related to beliefs about other's judgment and maternal responsibility that, in turn, resulted in more elevated levels of depressive symptoms in the postpartum period. This reveals the importance of an assessment of dysfunctional attitudes toward motherhood for an effective prevention of Postpartum Depression.

**Keywords:** Attitudes Toward Motherhood Scale; Dysfunctional Attitudes Toward Motherhood; Postpartum Depression; Psychometric Studies; Risk Factors

## **Agradecimentos**

Primeiramente aos meus pais, pela oportunidade de me poder formar e especializar na área que sempre quis. Pela presença constante, pela partilha de alegrias e apoio nos momentos de angústia, pelo amor incondicional. À restante família pelo orgulho demonstrado e pelo apoio sempre que necessário.

À Professora Doutora Maria Cristina Canavarro pelo profissionalismo e partilha de conhecimento, pelo modelo de profissional que se tornou.

À Doutora Ana Fonseca, pela sua orientação e apoio incondicionais, pela disponibilidade incansável, pela partilha de conhecimento e valiosa contribuição para o presente trabalho.

A todas as participantes que, através do seu contributo, permitiram a realização da presente investigação.

Aos meus amigos, pela amizade, pela compreensão da ausência durante este ano, mas que, ainda longe, sempre estiveram muito perto.

A todos que de alguma forma me ajudaram neste percurso, o meu mais sincero Obrigada!

## Índice

Introdução	3
Estudo 1: Adaptação da Escala de Atitudes Face à Maternidade para a População Portuguesa: Estudos Psicométricos	5
Resumo	5
Abstract	6
I – Enquadramento Concetual	7
II – Objetivos	14
III – Metodologia	14
IV – Resultados	21
V – Discussão	30
VI – Bibliografia	36
Estudo 2: O papel das atitudes disfuncionais face à maternidade na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no período pós-parto	41
Resumo	41
Abstract	42
I – Enquadramento Concetual	43
II – Objetivos	49
III – Metodologia	49
IV – Resultados	54
V – Discussão	58
VI – Bibliografia	62
Referências Bibliográficas	67

## Índice de Quadros

### Estudo 1

<b>Quadro 1.</b> Características Distribucionais dos Itens	22
<b>Quadro 2.</b> Validade de Construto e Validade Convergente	26
<b>Quadro 3.</b> Comparação das Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade em Função da Presença ou Ausência de Sintomatologia Clinicamente Significativa	28
<b>Quadro 4.</b> Comparação das Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade em Função da Paridade	28
<b>Quadro 5.</b> Fidelidade	30

### Estudo 2

<b>Quadro 1.</b> Frequência da Presença de Fatores de Risco para a DPP em Mulheres Com e Sem Sintomatologia Clinicamente Significativa no Período Pós-Parto	55
---	----

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

## Índice de Figuras

### Estudo 1

**Figura 1.** Estrutura Fatorial da EAM 25

### Estudo 2

**Figura 1.** Diagrama Estatístico do Modelo do Efeito dos Fatores de Risco na Sintomatologia Depressiva no Período Pós-Parto Através das Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade 58

## Introdução

Apesar de o nascimento de um bebé estar habitualmente associado a sentimentos de alegria e satisfação, por vezes, esta é uma fase de maior sofrimento psicológico, acompanhada pela presença de sintomatologia depressiva (O'Hara, 2009). A depressão pós-parto é caracterizada pela ocorrência de episódios depressivos no período pós-parto e a sua prevalência média é de cerca de 13% (O'Hara & Swain, 1996), sendo que em Portugal é de cerca de 13.1% (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996). À Depressão Pós-Parto estão várias consequências associadas, quer para a mãe (como maiores níveis de ansiedade ou menos confiança no seu papel enquanto mãe, Weinberg et al., 2001), quer para o bebé (como um pobre desenvolvimento cognitivo e psicomotor, (Grace, Evindar, & Stewart, 2003; Kingston, Tough, & Whitfield, 2012; Lyons-Ruth et al., 1986)), havendo, geralmente, uma interação mais perturbada entre ambos (Field, 2010).

Vários estudos têm mostrado a relação entre atitudes disfuncionais e sintomatologia depressiva no pós-parto, sendo a primeira um fator de risco para a Depressão Pós-Parto (Madar, 2013a; Phillips, Sharpe, Matthey, & Charles, 2010; Sockol et al., 2014). Posto isto, torna-se fundamental identificar as mulheres em risco de sofrimento psicológico nesta fase de vida, para uma prevenção mais eficaz por parte de profissionais de saúde mental (Sockol et al., 2014).

O presente trabalho encontra-se organizado em dois estudos. O primeiro estudo teve como objetivo adaptar a Escala de Atitudes Face à Maternidade para a população portuguesa e avaliar as suas qualidades psicométricas. O segundo estudo pretendeu caracterizar e comparar os diferentes fatores de risco e as atitudes disfuncionais face à maternidade em mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa no



período pós-parto e avaliar a influência das atitudes disfuncionais face à maternidade na relação entre o número de fatores de risco e a sintomatologia depressiva clinicamente significativa no período pós-parto.

## ESTUDO 1

**Adaptação da Escala de Atitudes Face à Maternidade para a População Portuguesa: Estudos Psicométricos****Resumo**

As atitudes disfuncionais face à maternidade têm sido apontadas como um fator de risco para a depressão pós-parto. O objetivo deste estudo foi adaptar a Escala de Atitudes Face à Maternidade (EAM), que avalia as atitudes disfuncionais face à maternidade, para a população portuguesa, e avaliar as suas qualidades psicométricas. Para tal, utilizou-se uma amostra de 387 mulheres no período pós-parto, que responderam, num estudo transversal, à EAM e a outros questionários de auto-resposta. A análise fatorial confirmatória revelou como mais adequado um modelo tridimensional, semelhante à estrutura original do instrumento: Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros, Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna e Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno. Além disso, a EAM associou-se de forma significativa à sintomatologia depressiva e aos pensamentos automáticos negativos gerais e no pós-parto, mostrando a sua validade convergente, e apresentou boa consistência interna para a pontuação total e para as suas dimensões, à exceção da dimensão Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna.

De forma geral, a versão portuguesa da EAM apresentou bons níveis de fidelidade e validade, pelo que constitui um instrumento útil na avaliação das atitudes disfuncionais face à maternidade.

**Palavras-chave:** Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade; Depressão Pós-Parto; Escala de Atitudes Face à Maternidade; Estudos Psicométricos.

## **Adaptation of the Attitudes Toward Motherhood Scale for the Portuguese Population: Psychometric Studies**

### **Abstract**

Dysfunctional attitudes toward motherhood have been identified as a risk factor for postpartum depression. The aim of this study was to adapt the Attitudes Toward Motherhood Scale (AToM), that evaluates dysfunctional attitudes toward motherhood, for the Portuguese population and evaluate its psychometric qualities. For this, we used a sample of 387 women in the postpartum period, which responded in a cross-sectional study, the AToM and other self-report questionnaires. Confirmatory factor analysis revealed as more suitable a three-dimensional model, similar to the original structure of the instrument: Beliefs about other's judgment, Beliefs about maternal responsibility and Beliefs about maternal role idealization. In addition, the AToM was significantly associated with depressive symptoms and with general and postpartum negative automatic thoughts, showing its convergent validity, and had good internal consistency for the total score and for its dimensions, with the exception of dimension beliefs about maternal responsibility.

In general, the Portuguese version of AToM showed good levels of reliability and validity, so it is a useful tool to assess the dysfunctional attitudes toward motherhood.

**Keywords:** Attitudes Toward Motherhood Scale; Dysfunctional Attitudes Toward Motherhood; Postpartum Depression; Psychometric Studies.

## I - Enquadramento Concetual

O nascimento de um bebé é um acontecimento culturalmente celebrado e está habitualmente associado a sentimentos de alegria e satisfação (O'Hara, 2009). No entanto, em alguns casos, a dificuldade em lidar com as mudanças relacionadas com a nova condição de mãe é amplificada pela incapacidade decorrente da presença de sintomas depressivos (O'Hara, 2009). A depressão pós-parto (DPP) caracteriza-se pela ocorrência de episódios depressivos no período pós-parto e é mais frequente no primeiro ano após o nascimento (O'Hara, 2009), sendo que a prevalência média é de cerca de 13% (O'Hara & Swain, 1996) e, mais especificamente em Portugal, de cerca de 13.1% (Augusto et al., 1996).

Esta perturbação acarreta consequências para a mãe (e.g., maiores níveis de ansiedade, maior número de sintomas psiquiátricos, mais afeto negativo e menos afeto positivo, autoestima materna mais pobre e menos confiança no seu papel enquanto mãe, Tronick & Reck, 2009). Ademais, mulheres deprimidas tendem a apresentar um maior número de crenças irracionais e menos crenças racionais (Milgrom & Beatrice, 2003). As consequências não surgem apenas na mãe, mas também no bebé, estando associadas a um pobre desenvolvimento cognitivo e psicomotor (Grace, Evindar, & Stewart, 2003; Kingston, Tough, & Whitfield, 2012; Lyons-Ruth et al., 1986), bem como a consequências a nível emocional, quer a curto (Canadian Paediatric Society, 2004; Lyons-Ruth et al., 1986), quer a longo prazo (e.g., maior probabilidade de expressarem afeto negativo, baixo autocontrolo, problemas de internalização e externalização, dificuldades na interação com os pares e pobres interações com a mãe; Canadian Paediatric Society, 2004; Grace, Evindar, & Stewart, 2003; Tronick & Reck, 2009). Face aos efeitos adversos da DPP, identificar os seus fatores de risco, nomeadamente aqueles que são potencialmente modificáveis

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

através da intervenção psicológica, é fundamental para decidir a natureza e alvo das estratégias de prevenção desta condição clínica (Howell, Mora, DiBonaventura, & Leventhal, 2009; Pope, 2000).

Dentro dos fatores de risco potencialmente modificáveis para a DPP, alguns autores têm-se focado no papel das vulnerabilidades cognitivas (e.g., estilos atribucionais disfuncionais, estilo ruminativo; Hassert, 2014; Madar, 2015), nomeadamente as atitudes disfuncionais face à maternidade (Grazioli & Terry, 2000; Hassert, 2014; Madar, 2013a; Sockol, Epperson, & Barber, 2014). As atitudes disfuncionais face à maternidade são crenças relacionadas com a maternidade e com o papel materno, que incluem uma componente avaliativa, caracterizadas por temas de fracasso, inadequação pessoal e uma sensação de desesperança acerca do eu, do mundo e do futuro (Church, Brechman-Toussaint, & Hine, 2005; Early & Chaiken, 2007; Sockol, Epperson, & Barber, 2014).

O modelo cognitivo da depressão, segundo Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) oferece uma hipótese sobre predisposição para a depressão. De acordo com este modelo, as experiências precoces formam a base que produz os conceitos negativos sobre o *self*, o futuro e o mundo externo (Beck et al., 1979); estes esquemas ou crenças podem estar ocultos, mas, em circunstâncias específicas, podem ser ativados (Beck et al., 1979), constituindo vulnerabilidades cognitivas para a depressão que são ativadas em circunstâncias de *stress*. As referidas vulnerabilidades cognitivas são também importantes para a compreensão do fenómeno da DPP. Segundo Madar (2013a) a vulnerabilidade cognitiva na DPP encontra-se dividida em duas categorias: uma vulnerabilidade cognitiva geral para a depressão, (re)ativada através de um stressor específico do pós-parto e/ou uma vulnerabilidade cognitiva específica para a depressão pós-parto, mas não para a depressão geral. As atitudes disfuncionais face à maternidade são um fator de vulnerabilidade cognitiva investigado no que à DPP diz

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

respeito (Madar, 2015).

Vários estudos têm investigado a associação entre atitudes disfuncionais face à maternidade e sintomatologia depressiva no período pós-parto. Os resultados de vários estudos comprovam que as atitudes disfuncionais face à maternidade se relacionam com sintomas de depressão, sendo um fator de risco para a sua ocorrência no período perinatal (Madar, 2013a; Phillips, Sharpe, Matthey, & Charles, 2010; Sockol et al., 2014). Isto significa que, ao identificar as mulheres cujas atitudes disfuncionais face à maternidade as colocam em risco de sofrimento psicológico, é possível para os profissionais de saúde mental desenhar intervenções preventivas potencialmente mais direcionadas às vulnerabilidades cognitivas específicas das mulheres (Sockol et al., 2014). Torna-se, portanto, fundamental a existência de uma medida adequada para avaliar as atitudes face à maternidade. Apesar de existirem alguns instrumentos que foram desenvolvidos para avaliar as atitudes face à maternidade, estes instrumentos apresentam algumas limitações.

O questionário Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA, Kumar, Robson, & Smith, 1984), que foi também adaptado para a população portuguesa (Figueiredo, Mendonça, & Sousa, 2004), tem como objetivo avaliar o ajustamento (a percepção das mães acerca do seu corpo, a presença de sintomas somáticos e a satisfação na relação conjugal) e as atitudes maternas (atitudes em relação ao sexo e atitudes em relação à gravidez e ao bebé). É composto por 60 itens de autorrelato, que se organizam em 5 subescalas com 12 itens cada, referentes às dimensões anteriormente mencionadas. Apesar das suas vantagens, o questionário é bastante longo, tornando-se fatigante. Ademais, as suas dimensões não se referem exclusivamente a atitudes (e.g., sintomas somáticos) e as dimensões que avaliam atitudes incluem itens que nem sempre incluem a dimensão avaliativa inerente às variáveis atitudinais (por exemplo, o item “O pensamento de ter vários

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

filhos agradou-a?” pertencente à dimensão atitudes para com a maternidade e o bebé).

Posteriormente, foi desenvolvido o Maternal Attitudes Questionnaire (MAQ), que é uma medida de autorrelato constituída por 14 itens (e.g., “Sinto-me orgulhosa de ser mãe”) que avaliam cognições respeitantes à mudança para o papel de mãe, expectativas da maternidade e expectativas do eu como mãe nas mulheres no período pós-natal (Warner, Appleby, Whitton, & Faragher, 1997). No entanto, segundo Sockol e colaboradores (2014), esta escala apresenta falhas, nomeadamente, baixos níveis de consistência interna e o facto de nem todos os itens da escala incluírem a componente avaliativa.

Recentemente, foi desenvolvida a Maternal Attitudes and Beliefs Scale (MABS), que pretende avaliar as crenças e atitudes (e.g., crenças disfuncionais relacionadas com exigências/obrigações) no pré-parto e pós-parto (Madar, 2013b). No entanto, trata-se de uma escala muito longa (55 itens) e, apesar das boas propriedades psicométricas, as amostras utilizadas no estudo da escala foram pequenas, logo os resultados devem ser interpretados de forma cautelosa (Madar, 2013b).

### **A Escala de Atitudes Face à Maternidade (EAM)**

Com o objetivo de colmatar as lacunas das escalas existentes, Sockol e cols. (2014) desenvolveram uma medida de autorrelato, com o objetivo de avaliar as atitudes disfuncionais face à maternidade: a EAM. Numa primeira etapa, os autores desenvolveram uma versão preliminar da EAM, composta por 62 itens, que pretendiam avaliar atitudes disfuncionais face à maternidade. Estes itens foram gerados a partir de questionários e medidas já existentes, tendo sido alterados relativamente aos originais de forma a refletir conteúdos específicos relacionados com a maternidade e crenças ou atitudes disfuncionais, ao invés de expectativas. Os restantes itens foram derivados de um manual de terapia cognitivo-comportamental para a DPP e de entrevistas com

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

mulheres que estavam grávidas ou mães de crianças com menos de 2 anos. Este conjunto de itens propostos para inclusão na escala foi revisto, quanto à sua clareza e compreensibilidade, por um grupo de professores e estudantes de pós-graduação em psicologia clínica familiarizados com os modelos cognitivos da depressão e perturbações de ansiedade. Posteriormente, a compreensibilidade dos itens foi ainda testada num estudo piloto conduzido com um pequeno grupo de mulheres recrutadas separadamente do grupo utilizado para a validação da versão final da escala. Os resultados do estudo piloto permitiram aperfeiçoar os itens (Sockol et al., 2014).

Para o desenvolvimento da versão final da EAM, foi utilizada uma amostra de 136 mulheres da população geral, grávidas do primeiro filho ou que tenham tido o primeiro filho nos últimos 6 meses. Para avaliar a validade convergente foi utilizada uma subamostra de 104 mulheres (Sockol et al., 2014). Inicialmente, dos 62 itens que compunham a versão preliminar, foram retidos 50% dos itens que representavam itens com maior variância, tendo-se procedido a uma análise fatorial exploratória sobre os 31 itens retidos, que resultou numa solução de três fatores que explicavam 64% da variância. Posteriormente, com o objetivo de reduzir a sobrecarga da resposta ao questionário, cada um dos fatores foi analisado em termos de redundância e clareza dos itens; no caso de vários itens serem conceitualmente semelhantes foram eliminados os itens com menor peso fatorial, tendo a versão final da escala ficado constituída por 12 itens, que se organizam em três fatores, cada um composto por quatro itens: o primeiro fator diz respeito a crenças relacionadas com o julgamento dos outros, que estão fortemente ligadas a distorções cognitivas gerais (e.g.:” Se eu cometer um erro, as pessoas irão pensar que sou uma má mãe”); o segundo fator diz respeito a crenças relacionadas com a responsabilidade materna, uma faceta distinta das atitudes face à maternidade (e.g.: “Se eu amo o meu bebé, deveria

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto



querer estar com ele o tempo todo”); e, por último, o terceiro fator reflete crenças relacionadas com a idealização do papel materno, que são distintas de padrões gerais de distorções cognitivas negativas e de outros elementos das atitudes face à maternidade (e.g.: “Sentimentos negativos em relação ao meu bebé são errados”) (Sockol et al., 2014).

No que respeita às características psicométricas da versão final da EAM, verificou-se que, em termos de validade de constructo, os resultados da análise fatorial confirmatória indicam que a solução de 3 fatores revelou bons índices de ajustamento (Sockol et al., 2014), verificando-se ainda associações moderadas entre o fator 1 (crenças relacionadas com o julgamento dos outros) e o fator 3 (crenças relacionadas com a idealização do papel materno) e associações fortes entre o fator 2 (crenças relacionadas com a responsabilidade materna) e o fator 3. O fator 2 não se encontrou associado ao fator 1. Todos os fatores se associavam significativamente à pontuação total da EAM (Sockol et al., 2014).

Em termos de validade convergente da escala, esta foi avaliada usando a Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), que avalia várias atitudes e crenças gerais disfuncionais e o Maternal Attitudes Questionnaire (MAQ), que avalia crenças em 3 domínios: expectativas da maternidade, expectativas acerca do eu como mãe e mudança para o papel de mãe (Sockol et al., 2014). A escala esteve significativamente correlacionada com as distorções cognitivas gerais e com as atitudes face à maternidade, como avaliadas pelo MAQ, com magnitudes médias. No que diz respeito às dimensões da EAM, enquanto os fatores 1 e 3 da EAM se associaram significativamente às atitudes disfuncionais face à maternidade (MAQ) e às distorções cognitivas gerais (DAS), esta associação não foi encontrada para o segundo fator da EAM (Sockol et al., 2014).

Relativamente à fidelidade, o alfa de Cronbach da escala total foi de 0.81 e o alfa de Cronbach das dimensões variou entre 0.74 (fator

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

3) e 0.82 (fator 1) indicando bons níveis de consistência interna da EAM (Sockol et al., 2014).

Posteriormente, os autores da versão final da EAM conduziram um segundo estudo com o objetivo de examinar as propriedades psicométricas do instrumento, incluindo uma amostra de 288 mulheres grávidas ou nos primeiros seis meses pós-parto (uma subamostra de 211 mulheres foi utilizada para avaliar a validade convergente) (Sockol et al., 2014). Relativamente à validade de construto, o modelo de três fatores mostrou um ajuste aceitável aos dados e melhor comparativamente ao modelo de um fator, e mostrou-se invariante para mulheres grávidas e para mulheres no período pós-parto. Respeitante à validade convergente, a pontuação total da EAM e os três fatores associam-se significativamente com as distorções cognitivas gerais (DAS); a EAM total e o fator 1 associam-se negativa e significativamente com a perceção de ajustamento diádico; a EAM total e os fatores 1 e 2 associam-se à satisfação com o apoio social recebido. No que à validade preditiva diz respeito, as atitudes disfuncionais face à maternidade (EAM total) mostraram predizer significativamente a sintomatologia depressiva e ansiosa, controlando o efeito de variáveis sociodemográficas, de fatores de risco interpessoais (apoio social e satisfação com a relação conjugal) e de distorções cognitivas gerais (DAS). Por último, os valores de alfa para os fatores da EAM variam entre 0,73 e 0,81, revelando bons valores de fidelidade (Sockol et al., 2014).

Posteriormente, Sockol e Battle (2015) decidiram avaliar a fiabilidade e a validade da EAM numa amostra de 436 mães múltiparas (sendo que 381 completaram todas as medidas), visto que a medida foi inicialmente desenvolvida e validada numa amostra constituída apenas por mães primíparas. Nesse estudo, verificou-se que o coeficiente de consistência interna da pontuação total da escala foi de 0.86, o que indica uma boa consistência interna da escala. Adicionalmente, a EAM

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

apresentou bons indicadores de validade convergente nesta amostra, ao associar-se positiva e moderadamente com as distorções cognitivas gerais, avaliadas com a DAS (Sockol & Battle, 2015). Não existem, do nosso conhecimento, estudos de adaptação e validação da EAM para outras populações.

## **II – Objetivos**

Face ao exposto, e tendo em conta a importância da avaliação das atitudes disfuncionais face à maternidade no contexto da implementação de abordagens preventivas para a DPP, este estudo teve como principal objetivo a adaptação da EAM para a população portuguesa e avaliar as suas qualidades psicométricas.

## **III – Metodologia**

### **Participantes**

A amostra do presente estudo foi constituída por 387 mulheres com idade entre os 19 e os 43 anos ( $M = 32.30$ ;  $DP = 4.23$ ), sendo que a maioria vivia num meio urbano ( $n = 279$ ; 72.1%), eram casadas ou estavam em união de facto ( $n = 346$ ; 89.4%), não tinham outros filhos ( $n = 274$ ; 70.8%) eram licenciadas ( $n = 192$ ; 49.6%), estavam empregadas ( $n = 308$ ; 79.6%), tinham um rendimento médio mensal do agregado familiar entre 1000€ e 2000€ ( $n = 188$ ; 48.6%) e enquadravam-se na categoria de nível socioeconómico médio ( $n = 335$ ; 86.6%). Das participantes, 113 mulheres (29.2%) apresentavam sintomatologia clinicamente significativa. Em média, as participantes foram mães há 3.95 meses ( $DP = 3.25$ ).

### **Instrumentos de avaliação**

O protocolo a ser preenchido pelas participantes foi composto pelos seguintes questionários: Ficha de dados Demográficos e Clínicos; Escala de Atitudes Face à Maternidade (EAM); Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo (EPDS); Questionário de Pensamentos Negativos no Pós-Parto (PNTQ); Questionário de Pensamentos Automáticos – Revisto (ATQ-R); e Escala de Auto Compaixão (SCS).

#### ***Ficha de dados demográficos e clínicos***

Ficha que avalia as características sociodemográficas (e.g., idade, estado civil, habilitações literárias, rendimento mensal do agregado familiar) e clínicas (e.g., paridade, história prévia de psicopatologia) das participantes e do bebé (e.g., meses do bebé).

***Escala de Atitudes Face à Maternidade*** (Attitudes Toward Motherhood Scale, ATMS; Sockol et al., 2014)

A Escala de Atitudes Face à Maternidade avalia as atitudes disfuncionais face à maternidade. É uma medida de autorrelato composta por 12 itens, respondidos numa escala de resposta de seis níveis (de 0 = *Discordo Sempre* a 5 = *Concordo Sempre*), e organizados em três dimensões. Pontuações mais altas indicam atitudes mais disfuncionais face à maternidade. As características psicométricas da versão original da escala foram anteriormente descritas.

***Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo*** (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996; Figueiredo, 1997)

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo é uma escala de autorrelato que se destina à avaliação da presença de sintomas

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

depressivos nos últimos sete dias. É composta por 10 itens, com uma escala de resposta de 0 a 3 (e.g.: “Tenho sido capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas: tanto como dantes /.../ nunca”). Uma pontuação acima de 13 é indicativa de depressão clínica. No entanto, Areias, Kumar, Barros e Figueiredo (1996) consideram o ponto de corte 9 como sendo indicador de significado clínico para a população portuguesa. A versão portuguesa tem boas qualidades psicométricas (Figueiredo, 1997). No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach é de .88.

### ***Questionário de Pensamentos Negativos no Pós-Parto***

(Postnatal Negative Thoughts Questionnaire, PNTQ; Hall & Papageorgiou, 2005; Versão experimental de Fonseca & Canavarro, 2015)

O Questionário de Pensamentos Negativos no Pós-Parto é um questionário de autorresposta que pretende avaliar a presença e frequência de pensamentos negativos no pós-parto. É composto por 17 itens, respondidos numa escala de 0 (“*Nunca*”) a 3 (“*Quase Sempre*”). A versão original do questionário organiza-se em dois fatores: Avaliação das Cognitiones, Emoções e Situações (9 itens; e.g.: “Os meus pensamentos negativos são incontroláveis.”) e Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade (8 itens; e.g.: “Eu sou rejeitada pelo meu bebé.”). Pontuações mais elevadas indicam uma maior frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto. Na versão original, o Questionário de Pensamentos Negativos no Pós-Parto apresenta qualidades psicométricas robustas e satisfatórias (Hall & Papageorgiou, 2015). Os estudos das propriedades psicométricas da versão portuguesa encontram-se em curso. No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach foram de .90 (fator Avaliação das Cognitiones, Emoções e Situações) e .75 (fator Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade).

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

***Questionário dos Pensamentos Automáticos - Revisto***

(Automatic Thoughts Questionnaire – Revised, ATQ; Kendall, Howard, & Hays, 1989; Pereira, Matos, & Azevedo, 2014)

O Questionário de Pensamentos Automáticos – Revisto pretende avaliar a frequência da ocorrência dos pensamentos automáticos negativos e positivos relacionados com a depressão. Encontra-se dividido por 3 fatores: Autoconceito Baixo/Negativo e Expectativas Negativas (12 itens; e.g.: “Já nada me dá prazer.”); Mau Ajustamento Pessoal e Desejo de Mudança (15 itens; e.g.: “Sinto que tenho o mundo contra mim.”); e, por último, Pensamentos Automáticos Positivos (9 itens; e.g.: “Sinto-me muito feliz.”). Os itens que compõem a escala são respondidos numa escala de tipo Likert que varia de 0 (“*Nunca*”) a 4 (“*Sempre*”). Pontuações mais altas em cada dimensão indicam maior frequência de pensamentos automáticos avaliados pela mesma. A versão portuguesa apresenta boas qualidades psicométricas (Pereira et al., 2014). Na nossa amostra, os valores de alfa de Cronbach variaram entre .93 (dimensões Autoconceito Baixo/Negativo e Pensamentos Automáticos Positivos) e .94 (Dimensão Mau Ajustamento Pessoal e Desejo de Mudança).

***Escala de Auto-Compaixão*** (Self-Compassion Scale, SCS;

Castilho & Gouveia, 2011)

Esta escala é um instrumento de medida de autorresposta constituída por 26 itens, respondidos numa escala tipo Likert (de 1 = *Quase Nunca* a 5 = *Quase Sempre*), organizados em 6 subescalas: Calor/Compreensão (5 itens; e.g.: “Sou tolerante com os meus erros e inadequações.”), Autocrítica (5 itens; e.g.: “Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspetos da minha personalidade que não gosto.”); Humanidade comum (4 itens; e.g.: “Quando estou em baixo

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.”); Isolamento (4 itens; e.g.: “Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinha no meu fracasso.”); Mindfulness (4 itens; e.g.: “Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.”); e Sobre-identificação (4 itens; e.g.: “Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância.”). Pontuações mais altas indicam níveis de compaixão mais elevados. A versão portuguesa do instrumento apresenta boas qualidades psicométricas (Castilho & Gouveia, 2011). Na nossa amostra, os valores de alfa de Cronbach variaram entre .78 (dimensão Sobre-Identificação) e .89 (dimensão Calor/Compreensão).

### **Procedimento**

A primeira etapa do estudo consistiu na adaptação da EAM para a população portuguesa. Para isso, foi inicialmente pedida autorização para adaptação da Escala para Português de Portugal, através do contacto com os autores da versão original. De seguida, de acordo com o método proposto por Hill e Hill (2005), foi feita a tradução da versão original da escala para português (de forma independente por duas pessoas fluentes em Inglês e com conhecimentos na área da Psicologia), tendo-se posteriormente discutido as versões traduzidas de cada um dos itens para obter a versão portuguesa da escala (versão de consenso). Após este processo, procedeu-se à retroversão da versão portuguesa da escala (por uma terceira pessoa, não envolvida no processo anterior) e à verificação de aspetos lexicais e semânticos das duas versões da escala, tendo-se chegado à versão final portuguesa da EAM.

Na segunda etapa, foi realizado um estudo transversal, com o objetivo de avaliar as características psicométricas da versão portuguesa da EAM. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC) e da

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Foram critérios de inclusão para a participação no estudo: a) ser mulher, com idade igual ou superior a 18 anos; b) ter tido um bebé nos últimos 12 meses; e c) ter um nível de compreensão que lhe permita o preenchimento dos questionários.

A recolha de amostra decorreu entre dezembro de 2015 e março de 2016. O recrutamento das participantes ocorreu de duas formas: presencial e *online*. O recrutamento presencial decorreu na Maternidade Daniel de Matos [CHUC]. As participantes foram contactadas no puerpério, tendo-lhes sido apresentado os objetivos do estudo e o papel das participantes e dos investigadores; após a aprovação por parte das participantes, as mesmas disponibilizaram o *email* para o qual, posteriormente (cerca de um mês após o nascimento do bebé), foi enviado o link para os questionários. No recrutamento *online*, o estudo, bem como os seus objetivos e papel dos participantes e investigadores, foi divulgado nas redes sociais e em páginas e fóruns da temática da maternidade. Após acederem ao *link*, as participantes eram direcionadas para os questionários alojados na plataforma Limesurvey (no website da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra). Previamente ao preenchimento dos questionários, era novamente apresentada informação relativa aos objetivos do estudo, papéis de investigadores e participantes, e as participantes davam o seu consentimento para participar no estudo (respondendo “sim” à pergunta “Aceita participar neste estudo?”). Posteriormente, eram direcionadas para um conjunto de questionários de autorresposta.

### **Análises estatísticas**

Para a análise estatística dos dados foram utilizados o *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 22) e o *software Analysis of Moment Structures* (AMOS, versão 22). Procedeu-se à realização de estatísticas descritivas (médias, desvio-

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto



padrão, frequências absolutas e relativas percentuais), com o objetivo de caracterizar a amostra do presente estudo.

Para a caracterização distribucional dos itens da EAM foram calculadas frequências absolutas e relativas para cada opção da escala de resposta aos itens, bem como valores mínimos e máximos, e índices de assimetria e curtose.

Para examinar a validade de constructo, recorreu-se à Análise Fatorial Confirmatória (AFC), com o objetivo de avaliar o ajustamento do modelo proposto pelos autores da versão original da EAM. Para avaliar o ajustamento do modelo, e tendo como referência os critérios de Maroco (2010), foram selecionados: o  $\chi^2$  (que testa o ajustamento entre o modelo teórico e os dados empíricos [modelo empírico], e cujo nível de significância associado deverá ser superior a 0.05; no entanto, este indicador é muito sensível à dimensão da amostra, Maroco, 2010), o *Comparative Fit Index* (CFI), o *Goodness of Fit Index* (GFI) (ambos os índices deverão ser superiores a 0.90) e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; deverá ser inferior a 0.10). Foram ainda calculadas as correlações de Pearson entre as três dimensões da EAM, e entre cada uma das dimensões da EAM e a pontuação total da escala.

De seguida, procedeu-se à análise da validade convergente, recorrendo-se ao cálculo das correlações de Pearson entre os três fatores da EAM e outras escalas cujos constructos se esperam relacionados.

Com vista a examinar a validade de grupos conhecidos, isto é, para saber se a EAM consegue discriminar entre dois grupos que se esperam diferir na variável de interesse, foram realizadas análises multivariadas da variância (MANOVA), seguidas de análises univariadas quando o efeito multivariado foi significativo, para comparar as atitudes disfuncionais face à maternidade em função da presença de sintomatologia depressiva e da paridade.

Finalmente, com o objetivo de analisar a fidelidade da EAM, foram calculados os valores de alfa de Cronbach para as dimensões e

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

para a escala total. Adicionalmente, para cada item, foi calculado o alfa de Cronbach excluindo o item e a correlação item-total corrigida, tendo em conta o fator a que pertence cada item.

#### **IV - Resultados**

##### **Características distribucionais dos itens**

No Quadro 1 são apresentadas as características distribucionais dos itens que compõem a EAM.

Como se verifica no Quadro 1, para todos os itens da EAM, cada uma das opções de resposta foi selecionada por, pelo menos, uma participante. Adicionalmente, a análise das frequências das diferentes categorias de resposta sugere que, para a maioria dos itens, a maioria das participantes optou por alternativas próximas do extremo inferior da escala (“Discordo a maioria das vezes” ou “Discordo sempre”), à exceção dos itens 6 (“As boas mães põem sempre as necessidades do seu bebé em primeiro lugar”) e 12 (“É errado ter sentimentos negativos em relação ao meu bebé”), nos quais a frequência de resposta é mais elevada no extremo superior da escala (“Concordo Sempre”). Ademais, apesar da análise dos valores de assimetria e de curtose de alguns itens se encontrarem fora do intervalo  $\pm 1$ , considerado como caracterizador de uma distribuição normal (Meyers, Gamst, & Guarino, 2006), não parece haver violações graves do pressuposto de normalidade, de acordo com o critério de Maroco (2010; coeficiente de assimetria  $> 3$  e coeficiente de curtose  $> 10$ , em valor absoluto).

*Quadro 1.*  
*Características distribucionais dos itens*

Itens	Categorias						Min-Máx	Assimetria	Curtose
	Discordo sempre	Discordo a maioria das vezes	Discordo algumas vezes	Concordo algumas vezes	Concordo a maioria das vezes	Concordo sempre			
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)			
1 – Se eu cometer um erro, as pessoas irão pensar que sou uma má mãe.	120 (31)	111 (28,7)	24 (6,2)	91 (23,5)	32 (8,3)	9 (2,3)	0-5	0,53	-0,97
2 – Se o meu bebé estiver a chorar, as pessoas irão pensar que não sou capaz de cuidar dele adequadamente.	146 (37,7)	81 (20,9)	27 (7)	98 (25,3)	28 (7,2)	7 (1,8)	0-5	0,49	-1,11
3 – Provavelmente, as pessoas terão pior opinião de mim se eu cometer erros enquanto mãe.	141 (36,4)	79 (20,4)	32 (8,3)	89 (23)	32 (8,3)	14 (3,6)	0-5	0,52	-1,01
4 – Procurar a ajuda de outras pessoas para cuidar do meu bebé faz-me sentir incompetente.	210 (54,3)	68 (17,6)	28 (7,2)	45 (11,6)	21 (5,4)	15 (3,9)	0-5	1,21	0,27
5 – Eu sou a única pessoa que consegue manter o meu bebé em segurança.	121 (31,3)	96 (24,8)	37 (9,6)	65 (16,8)	51 (13,2)	17 (4,4)	0-5	0,51	-1,05
6 – As boas mães põem sempre as necessidades dos seus bebés em primeiro lugar.	29 (7,5)	29 (7,5)	35 (9)	65 (16,8)	90 (23,3)	139 (35,9)	0-5	-0,86	-0,38
7 – Eu devia sentir-me mais dedicada ao meu bebé.	210 (54,3)	67 (17,3)	21 (5,4)	42 (10,9)	25 (6,5)	22 (5,7)	0-5	1,18	0,06
8 – Se eu amo o meu bebé, devia querer estar sempre com ele.	103 (26,6)	51 (13,2)	63 (16,3)	60 (15,5)	57 (14,7)	53 (13,7)	0-5	0,17	-1,32
9 – Se eu falhar como mãe, sou um fracasso como pessoa.	180 (46,5)	57 (14,7)	38 (9,8)	46 (11,9)	32 (8,3)	34 (8,8)	0-5	0,82	-0,74
10 – É errado sentir-me desiludida com a maternidade.	140 (36,2)	62 (16)	48 (12,4)	32 (8,3)	37 (9,6)	68 (17,6)	0-5	0,50	-1,29
11 – É errado ter sentimentos contraditórios em relação ao meu bebé.	121 (31,3)	61 (15,8)	53 (13,7)	33 (8,5)	48 (12,4)	71 (18,3)	0-5	0,33	-1,41
12 – É errado ter sentimentos negativos em relação ao meu bebé.	109 (28,2)	48 (12,4)	35 (9)	31 (8)	36 (9,3)	128 (33,1)	0-5	-0,03	-1,69

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

### Validade de constructo

Para avaliar a validade de constructo da EAM, procedemos à realização de uma AFC, com o objetivo de testar o modelo proposto pelas autoras da versão original da escala, que sugeria que os itens se organizavam em três fatores relacionados: Fator 1 – Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros; Fator 2 – Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna; e Fator 3 – Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno.

Os índices de ajustamento do modelo originalmente proposto aos dados observados indicam que o modelo original não se revelou adequado [ $\chi^2_{(51)} = 307.97, p < .001; \chi^2/g.l. = 6.04; CFI = 0.88; GFI = 0.89; RMSEA = 0.11$ ]. Face à inadequação do modelo original, procedemos à análise dos índices de modificação do modelo. De acordo com Byrne (2010), podemos atender aos índices de modificação que representem correlações entre erros ou que representam *cross-loadings* (isto é, itens que estejam associados a outro fator, que não aquele que originalmente integram). Para decidir quando incluir novos parâmetros no modelo, de acordo com Byrne (2010), devemos atender à extensão em que: a) as mudanças introduzidas têm significado do ponto de vista conceptual/teórico; b) o modelo passa a apresentar um ajustamento adequado; e c) a mudança associada ao índice de modificação proposto é substancial. A análise dos índices de modificação do modelo relativos às correlações entre erros sugeriram cinco correlações entre erros de itens pertencentes ao mesmo fator (e9-e11, e9-e10, e6-e8, e6-e7, e3-e4). O valor de  $\Delta\chi^2$  (diferença entre os valores de  $\chi^2$  dos dois modelos;  $\Delta\chi^2_{(5)} = 34.97, p < .001$ ) sugere que o modelo modificado (incluindo as correlações entre os erros dos mesmos itens) representa uma aproximação significativamente melhor entre o modelo estimado e os dados observados. No entanto, os índices de ajustamento do modelo modificado apresentam ainda valores limiares, que não são indicadores de um bom ajustamento do modelo [ $\chi^2_{(46)} = 264.90, p < .001; \chi^2/g.l. =$

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

5.76;  $CFI = 0.89$ ;  $GFI = 0.90$ ;  $RMSEA = 0.11$ ].

De seguida, procedeu-se à análise dos índices de modificação associados aos pesos (*regression weights*) dos itens nos diferentes fatores, tendo-se verificado um índice de modificação que representa uma mudança substancial ao modelo original, no qual o item 9 (“*Se eu falhar como mãe, sou um fracasso enquanto pessoa*”) estaria também associado ao fator 2 (referente a crenças relacionadas com a responsabilidade materna).

Adicionalmente, a análise do seu peso fatorial na estrutura originalmente testada (modelo original) também permitiu verificar que o peso fatorial deste item no fator 3 (original) tem um valor mais baixo (0.367), comparativamente aos restantes itens que compõem o fator (> .772). Além disso, a análise do conteúdo do item sugere que este é congruente com o construto avaliado pelo fator 2 – crenças relacionadas com a responsabilidade materna –, pelo que optámos por proceder a esta modificação, de acordo com as sugestões de Byrne (2010), avaliando novamente o ajustamento do modelo.

O novo modelo representou uma melhoria significativa relativamente ao modelo original ( $\Delta\chi^2 = 124.48$ ,  $p < .001$ ) e ao modelo modificado ( $\Delta\chi^2 = 81.42$ ,  $p < .001$ ) e apresentou, de forma geral, índices de ajustamento considerados aceitáveis [ $\chi^2_{(51)} = 183.49$ ,  $p < .001$ ;  $\chi^2/g.l. = 3.60$ ;  $CFI = 0.94$ ;  $GFI = 0.93$ ;  $RMSEA = 0.08$ ]. O modelo final é apresentado na Figura 1.

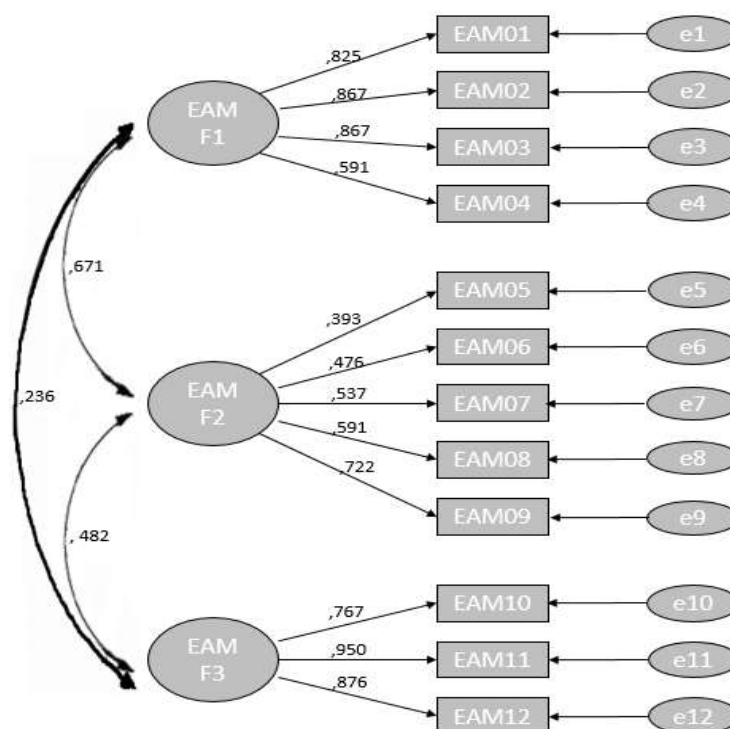


Figura 1.

*Estrutura fatorial da EAM.*

*Nota.* EAM F1: Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros; EAM F2: Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna; EAM F3: Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno.

Como se pode constatar, os itens apresentam pesos fatoriais elevados (acima de .50), à exceção dos itens 5 e 6, no fator 2 (apresentam um peso fatorial inferior a .50). Podemos também verificar que as correlações entre os fatores da EAM são todas positivas e significativas, sendo que são mais fortes entre o fator 1 e o fator 2. De forma similar, os três fatores da EAM encontram-se positiva e fortemente associados à pontuação total da escala (cf. Quadro 2).

## Validade convergente

### Quadro 2.

#### Validade de construto e validade convergente

	EAM F1	EAM F2	EAM F3
EAM F1: Crenças relacionadas com o julgamento dos outros	1		
EAM F2: Crenças relacionadas com a responsabilidade materna	.55**	1	
EAM F3: Crenças relacionadas com a idealização do papel materno	.22**	.39**	1
EAM: Pontuação Total	.71***	.79***	.79***
PNTQ F1: Avaliação das Cognições, Emoções e Situações	.47**	.41**	.15**
PNTQ F2: Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade	.53**	.37**	.08
ATQ F1: Autoconceito Baixo e Expetativas Negativas	.39**	.37**	.07
ATQ F2: Mau ajustamento pessoal e desejo de mudança	.46**	.42**	.12*
ATQ F3: Pensamentos automáticos positivos	-.34**	-.25**	-.01
Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh	.45**	.43**	.10*
SCS _ Calor	-.37**	-.33**	-.04
SCS _ Autocrítica	-.48**	-.41**	-.15**
SCS _ Humanidade	-.26**	-.24**	.05
SCS _ Isolamento	-.45**	-.42**	-.11*
SCS _ Mindfulness	-.34**	-.33**	-.00
SCS _ Sobreidentificação	-.43**	-.34**	-.19**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

As dimensões da EAM, de uma forma geral, associaram-se de forma significativa e positiva à sintomatologia depressiva, aos pensamentos automáticos e aos pensamentos automáticos negativos no pós-parto, sugerindo que atitudes mais disfuncionais face à maternidade estão associadas a níveis superiores de pensamentos negativos e a sintomatologia depressiva mais elevada. No entanto, não foi encontrada associação significativa entre a dimensão Crenças Relacionadas com a

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

Idealização do Papel Materno da EAM (EAM F3) e a dimensão Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade do PNTQ, com as dimensões Autoconceito Baixo/Negativo e Expectativas Negativas e Pensamentos Automáticos Positivos do ATQ. Adicionalmente, as dimensões Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros (EAM F1) e Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna (EAM F2) associam-se de forma significativa e negativa à auto-compaixão, sugerindo que as mulheres que apresentam níveis mais elevados de auto-compaixão apresentaram atitudes menos disfuncionais relacionadas com o julgamento dos outros e a responsabilidade materna. Finalmente, a dimensão Crenças sobre a Idealização do Papel Materno da EAM (EAM F3) apresenta correlações negativas com as subescalas Autocrítica, Isolamento e Sobreidentificação da SCS (cf. Quadro 2).

### **Validade de grupos conhecidos**

Para examinar a capacidade da EAM distinguir grupos em que se espera que a escala tenha pontuações distintas (validade de grupos conhecidos), procedemos à comparação das pontuações da escala, em função da presença ou ausência de sintomatologia depressiva clinicamente significativa e em função da paridade. No que respeita à presença de sintomatologia depressiva clinicamente significativa, verificou-se um efeito multivariado significativo (Traço de Pillai = 0,14,  $F_{(3, 384)} = 21,00$   $p < .001$ ,  $\eta^2 = 0,14$ ), com as mulheres com sintomatologia depressiva clinicamente significativa a apresentarem atitudes mais disfuncionais face à maternidade. As análises dos efeitos univariados mostram que estas diferenças são significativas no fator Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros e no fator Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna (cf. Quadro 3).

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto



*Quadro 3.*

*Comparação das atitudes disfuncionais face à maternidade em função da presença ou ausência de sintomatologia clinicamente significativa*

	Mulheres sem sintomatologia clinicamente significativa <i>M (DP)</i>	Mulheres com sintomatologia clinicamente significativa <i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
EAM F1: Crenças relacionadas com o julgamento dos outros	1.15 (1.10)	2.09 (1.35)	50.97	<.001	.117
EAM F2: Crenças relacionadas com a responsabilidade materna	1.78 (1.01)	2.53 (1.12)	42.20	<.001	.099
EAM F3: Crenças relacionadas com a idealização do papel materno	2.10 (1.83)	2.44 (1.69)	2.88	.090	.007

*Quadro 4.*

*Comparação das atitudes disfuncionais face à maternidade em função da paridade*

	Primíparas <i>M (DP)</i>	Multíparas <i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
EAM F1: Crenças relacionadas com o julgamento dos outros	1.58 (1,27)	1.04 (1,11)	15.78	<.001	.039
EAM F2: Crenças relacionadas com a responsabilidade materna	2.04 (1,11)	1,91 (1,06)	1.04	.307	.003
EAM F3: Crenças relacionadas com a idealização do papel materno	2.27 (1,85)	2.03 (1,64)	1.43	.232	.004

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

No que diz respeito à paridade, verificámos também um efeito multivariado significativo (Traço de Pillai = 0.46,  $F_{(3,384)} = 6.15$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0.46$ ). As análises dos efeitos univariados revelam que estas diferenças apenas são significativas no fator Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros, com as mulheres primíparas a apresentarem atitudes mais disfuncionais face à maternidade nesta dimensão (cf. Quadro 4).

### **Fidelidade**

Os índices relativos à consistência interna (alfas de Cronbach) dos fatores Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros e Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno apresentam bons valores de fidelidade ( $\alpha = .86$  e  $\alpha = .90$ , respetivamente), enquanto que o fator Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna apresenta valores de consistência interna inferiores ao desejável ( $\alpha = .68$ ). No entanto, a análise dos alfas excluindo o item sugerem que não há nenhum item que, ao ser retirado, melhore a consistência interna desta dimensão da EAM (cf. Quadro 5). As correlações item-total corrigidas são também todas superiores a .30, apesar de o item 5 apresentar uma correlação item-total corrigida mais baixa do que os restantes itens que compõem o respetivo fator. O coeficiente de consistência interna da escala total foi de .84, indicando uma boa consistência interna da escala total.

*Quadro 5.*  
*Fidelidade*

	Correlação item-total corrigida	Alpha de Cronbach excluindo o item	<i>M</i> ( <i>DP</i> )
1. Se eu cometer um erro, as pessoas irão pensar que sou uma má mãe.	.750	.808	
2. Se o meu bebé estiver a chorar, as pessoas irão pensar que não sou capaz de cuidar dele adequadamente.	.796	.788	5.70 (5.00)
3. Provavelmente, as pessoas terão pior opinião de mim se eu cometer erros enquanto mãe.	.768	.799	
4. Procurar a ajuda de outras pessoas para cuidar do meu bebé faz-me sentir incompetente.	.537	.891	
5. Eu sou a única pessoa que consegue manter o meu bebé em segurança.	.332	.676	
6. As boas mães põem sempre as necessidades dos seus bebés em primeiro lugar.	.433	.635	9.99 (5.48)
7. Eu devia sentir-me mais dedicada ao bebé.	.404	.647	
8. Se eu amo o meu bebé, devia querer estar sempre com ele.	.505	.601	
9. Se eu falhar como mãe, sou um fracasso como pessoa.	.515	.597	
10. É errado sentir-me desiludida com a maternidade.	.724	.908	
11. É errado ter sentimentos contraditórios em relação ao meu bebé.	.860	.794	6.59 (5.38)
12. É errado ter sentimentos negativos em relação ao meu bebé.	.804	.844	

## V - Discussão

Este trabalho teve como objetivo a adaptação e o estudo das características psicométricas da versão portuguesa da EAM, uma escala que permite avaliar atitudes disfuncionais face à maternidade no pós-parto, na tentativa de contribuir para colmatar a lacuna existente na população portuguesa, no que diz respeito à avaliação das vulnerabilidades cognitivas associadas ao desenvolvimento da DPP. De forma global, os resultados apontam para as boas propriedades

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

psicométricas da EAM.

No que refere às características distribucionais dos itens, verifica-se que estes não seguem uma distribuição normal, uma vez que a maioria das pessoas pontua nos extremos inferiores da escala (“Discordo Sempre”). No entanto, este resultado não se revelou inesperado, uma vez que as atitudes disfuncionais se constituem como um construto patológico, e a amostra do presente estudo é uma amostra comunitária de mulheres no período perinatal, e não uma amostra clínica, pelo que não se espera que este construto siga uma distribuição normal na população geral. No entanto, há dois itens em que as pessoas pontuam no extremo oposto da escala maioritariamente (“As boas mães põem sempre as necessidades dos seus bebés em primeiro lugar”, “É errado ter sentimentos negativos em relação ao meu bebé”). Uma possível explicação para este facto podem ser as questões culturais associadas à maternidade, sendo que a investigação tem demonstrado o importante papel de algumas crenças ou mitos acerca da maternidade, bastante enraizadas na nossa cultura ocidental, acerca da maternidade perfeita e da experiência de maternidade como algo exclusivamente positivo (Milgrom, Martin, & Negri, 1999).

Relativamente à validade de construto, utilizando uma estratégia confirmatória, permitiu-nos concluir que a estrutura fatorial da versão portuguesa da EAM se assemelha à estrutura da versão original (Sockol et al., 2014). Como tal, a EAM engloba três fatores: Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros, relacionadas com a perceção da avaliação que os outros irão fazer acerca do desempenho enquanto mãe; Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna, relacionadas com a perceção das exigências do papel materno, em termos de dedicação e disponibilidade; e Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno, relacionadas com a perceção da avaliação da experiência de maternidade como uma experiência exclusivamente positiva. No entanto, na versão portuguesa da EAM, o

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

item 9 (“Se eu falhar como mãe, sou um fracasso enquanto pessoa”), que na versão original do instrumento pertencia ao fator Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno, passou a pertencer ao fator Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna. Numa análise do conteúdo do item, o sucesso do papel de mãe como definidor da pessoa, parece estar mais associado ao sentido de responsabilidade materna do que à idealização do papel materno, parecendo-nos assim que esta alteração é congruente com o significado da nova dimensão a que o item pertence. No entanto, do nosso conhecimento, não existem outros estudos que tenham investigado a estrutura fatorial da EAM para além dos autores da versão original (Sockol et al., 2014), pelo que estudos futuros deverão procurar replicar a estrutura fatorial da escala, noutras populações, de forma a contribuir para a validade de constructo do instrumento.

No que diz respeito à validade convergente da EAM, foi encontrada uma associação significativa entre as dimensões da EAM e os pensamentos automáticos negativos gerais, bem como com os pensamentos automáticos negativos no pós-parto. Esta relação era teoricamente esperada, uma vez que, de acordo com o modelo cognitivo de Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), as crenças ou atitudes disfuncionais influenciam a forma como o indivíduo interpreta as situações, levando à emergência de pensamentos automáticos negativos. Além disso, apesar desta relação específica não ter sido investigada, do nosso conhecimento, na população perinatal, a associação entre crenças ou atitudes disfuncionais e pensamentos automáticos negativos tem sido demonstrada na população geral (e.g., Know & Oei, 1992). De forma semelhante, foram também encontradas associações negativas entre a EAM a Escala de Auto-Compaixão, sugerindo que níveis mais elevados de auto-compaixão se associam a atitudes menos disfuncionais face à maternidade, nomeadamente no que diz respeito às crenças disfuncionais relacionadas com o

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

juízo dos outros e com a responsabilidade materna. Estudos com a população geral têm demonstrado uma associação negativa entre auto-compaixão e auto-criticismo, ruminação e perfeccionismo (Neff, 2003; Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005), que são aspectos associados às atitudes disfuncionais.

Adicionalmente, a EAM associou-se de forma significativa à sintomatologia depressiva, verificando-se que as participantes que apresentaram atitudes mais disfuncionais face à maternidade tinham níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Estes resultados são congruentes com o esperado, tendo como referência os estudos de Phillips e colaboradores (2010) e de Madar (2013a), que comprovaram que as atitudes negativas específicas da maternidade foram o preditor mais forte da sintomatologia depressiva no período pós-parto. Além disso, na análise comparativa das atitudes disfuncionais face à maternidade em mulheres com e sem sintomatologia depressiva clinicamente significativa, verificou-se que as mulheres com sintomatologia depressiva apresentaram mais atitudes disfuncionais face à maternidade, particularmente relacionadas com o juízo dos outros e com a responsabilidade materna, sugerindo que são este tipo de crenças disfuncionais que mais contribuem para a ocorrência desta sintomatologia. Estes resultados parecem corroborar o importante papel do perfeccionismo, enquanto fator de vulnerabilidade para a ocorrência de sintomatologia depressiva no período pós-parto (Gelabert et al., 2012).

No que diz respeito à paridade, encontrou-se também um efeito significativo, verificando-se que as mulheres primíparas apresentam crenças mais disfuncionais relacionadas com o juízo dos outros, acerca do seu desempenho parental. No estudo de Sockol e Battle (2015) verificou-se que as mulheres múltíparas apresentam atitudes menos disfuncionais face à maternidade, particularmente no que diz respeito às crenças acerca da responsabilidade materna. No entanto, não

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

foram encontradas diferenças significativas no fator Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros, como no presente estudo. Uma possível explicação para o resultado do nosso estudo pode ser o facto de, as mães primíparas, sendo mães pela primeira vez, poderem estar mais sensíveis e preocupadas com o julgamento dos outros. Além disso, outra possível explicação para este resultado pode ser o facto de as mulheres múltiparas já terem tido oportunidade de, com base nas suas experiências prévias, diminuir a intensidade com que acreditam em algumas destas crenças. No entanto, estudos futuros deverão procurar examinar e clarificar estas hipóteses.

Finalmente, no que à fidelidade diz respeito, verificou-se uma boa consistência interna da escala total, e das dimensões da EAM, apesar de o fator Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna ter apresentado valores de consistência interna ligeiramente inferiores ao desejável. Adicionalmente, o item 5 (Eu sou a única pessoa que consegue manter o meu bebé em segurança), pertencente a esse fator, apresentou uma correlação item-total mais baixa do que os restantes, sendo consistente com o facto de ter também um peso fatorial mais baixo no fator a que pertence, por comparação aos restantes itens desse fator. Uma possível explicação para este resultado pode ser a formulação diferente deste item, relativamente aos outros itens que compõem o fator (formulados sob a forma de regras/obrigações), mas estudos futuros deverão melhor investigar esta questão.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o facto de grande parte da amostra ter sido recrutada via *online* (através da divulgação em websites), faz com que seja uma amostra autoseleccionada, isto é, é possível que só participem as pessoas com mais sensibilidade e interesse para este tópico. Além disso, a nossa amostra tem habilitações literárias elevadas e é maioritariamente casada. Estes dois fatores podem fazer com que a amostra do nosso estudo não seja totalmente representativa da população portuguesa no

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

período pós-parto. Em segundo lugar, no que diz respeito à avaliação da validade convergente, seria importante termos utilizado outra escala que avaliasse o mesmo construto (atitudes disfuncionais face à maternidade). No entanto, não existia, do nosso conhecimento, outra escala que avaliasse as atitudes disfuncionais face à maternidade adaptada para a população portuguesa, à exceção do MAMA, que é uma escala longa e que avalia outros aspetos que não apenas as atitudes. Em terceiro lugar, tratando-se de um estudo transversal e, por isso, conduzido num único momento de avaliação, não foi avaliada a estabilidade temporal do instrumento.

Em conclusão, a EAM apresenta boas qualidades psicométricas tornando-se útil a sua utilização, quer na prática clínica, quer na investigação. Uma melhor avaliação das atitudes disfuncionais face à maternidade permite-nos conhecer e avaliar fatores possíveis de mudança através da intervenção psicológica e implementar abordagens preventivas para a Depressão Pós-Parto.



## VI - Bibliografia

- Areias, M., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in portuguese mothers. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(1), 30–35.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, *26*(1), 135–141. doi:10.1017/S0033291700033778
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Canadian Paediatric Society. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*, *9*(8), 575–598. doi:10.1001/jama.2011.18
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, *54*, 203–229.
- Church, N. F., Brechman-Toussaint, M. L., & Hine, D. W. (2005). Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *Journal of Affective Disorders*, *87*(1), 65–72. doi:10.1016/j.jad.2005.03.009
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782–786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão Pós-Parto, Interação mãe-Bebé e Desenvolvimento Infantil* (Dissertação de Doutoramento não

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

- publicada). Universidade do Minho, Minho.
- Figueiredo, B., Mendonça, M., & Sousa, R. (2004). Versão Portuguesa Do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (Mama). *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(1), 31–51.
- Gelabert, E., Subirà, S., García-Esteve, L., Navarro, P., Plaza, A., Cuyàs, E., ... Martín-Santos, R. (2012). Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 136, 17–25.
- Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 263–274. doi:10.1007/s00737-003-0024-6
- Grazioli, R., & Terry, D. J. (2000). The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39, 329–347. doi:10.1348/014466500163347
- Hall, P. L., & Papageorgiou, C. (2005). Negative thoughts after childbirth: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Depression and Anxiety*, 22(3), 121–129. doi:10.1002/da.20119
- Hassert, S. (2014). *Expecting the unexpected: Testing a theoretical model of postpartum depression* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Arizona State University, Estados Unidos da America.
- Howell, E. A., Mora, P. A., DiBonaventura, M. D., & Leventhal, H. (2009). Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 113–120. doi:10.1007/s00737-009-0056-7
- Kendall, P. C., Howard, B. L., & Hays, R. C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

- thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 13(6), 583–598. doi:10.1007/BF01176069
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(5), 683–714. doi:10.1007/s10578-012-0291-4
- Kumar, R., Robson, K. M., & Smith, A. M. R. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(1), 43–51. doi:10.1016/0022-3999(84)90039-4
- Lyons-Ruth, K., Zoll, D., Connell, D., & Grunebaum, H. U. (1986). The depressed mother and her one-year-old infant: environment, interaction, attachment, and infant development. *New Directions for Child Development*, 34, 61–82. doi:10.1002/cd.23219863407
- Madar, A. (2013a). General and Specific Maternal Cognitions in Postpartum Depression : an Explorative Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 420–424. doi:10.1016/j.sbspro.2013.04.323
- Madar, A. (2013b). Maternal Attitudes and Beliefs Scale: Development and Piloting. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78(0), 415–419. doi:10.1016/j.sbspro.2013.04.322
- Madar, A. (2015). *Cognitive Vulnerability for Postpartum Depression: Implications for Intervention* (Dissertação de Douotoramento não publicada). Universidade Babeş-Bolyai, Holanda.
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, softwares e aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. California: Sage Publications.

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

- Milgrom, J., & Beatrice, G. (2003). Coping with the stress of motherhood: Cognitive and defence style of women with postnatal depression. *Stress and Health, 19*(5), 281–287. doi:10.1002/smi.986
- Milgrom, J., Martin, P. R., & Negri, L. M. (1999). *Treating Postnatal Depression: A Psychological Approach for Health Care Practitioners*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*, 223–250. doi:10.1080/15298860390209035
- Neff, K., Hsieh, Y.-P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self and Identity, 4*(3), 263–287. doi:10.1080/13576500444000317
- O’Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8*(1). doi:10.3109/09540269609037816
- Pereira, I. M., Matos, A. P., & Azevedo, A. (2014). Versão portuguesa do questionário de pensamentos automáticos-revisto: Relação com sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*.
- Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S., & Charles, M. (2010). Subtypes of postnatal depression? A comparison of women with recurrent and de novo postnatal depression. *Journal of Affective Disorders, 120*, 67–75. doi:10.1016/j.jad.2009.04.011
- Pope, S. (2000). *Postnatal Depression: A systematic review of published scientific literature to 1999*. Australia: National Health and Medical Research Council.
- Sockol, L. E., & Battle, C. L. (2015). Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Archives of Women’s Mental Health, 5*, 585–593. doi:10.1007/s00737-015-0511-6

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women's Mental Health, 17*(3), 199–212. doi:10.1007/s00737-014-0424-9
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of Depressed Mothers. *Harvard Review of Psychiatry, 17*(2), 147–156. doi:10.1080/10673220902899714
- Warner, R., Appleby, L., Whitton, A., & Faragher, B. (1997). Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the Maternal Attitudes Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 43*(4), 351–358. doi:10.1016/S0022-3999(97)00128-1

## ESTUDO 2

### **O papel das atitudes face à maternidade na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no período pós-parto**

#### **Resumo**

O presente estudo pretendeu avaliar a influência das atitudes disfuncionais face à maternidade na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no período pós-parto. Para tal, utilizou-se uma amostra de 387 mulheres no período pós-parto, que responderam, num estudo transversal, ao Inventário de Preditores da Depressão Pós-Parto, à Escala de Atitudes Face à Maternidade e à Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh. Um maior número de fatores de risco foi significativamente associado a atitudes mais disfuncionais face à maternidade, particularmente relacionadas com crenças sobre o julgamento dos outros e sobre a responsabilidade materna que, por sua vez, se traduziu em níveis mais elevados de sintomatologia depressiva no período pós-parto. Estes resultados tornam evidente a importância de uma avaliação das atitudes face à maternidade para uma eficaz prevenção de uma Depressão Pós-Parto.

**Palavras-chave:** Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade; Depressão Pós-Parto; Fatores de Risco

## **The role of attitudes toward motherhood in the relationship between risk factors and symptoms of depression in the postpartum depression**

### **Abstract**

This study aimed to evaluate the influence of dysfunctional attitudes toward motherhood in the relationship between risk factors and symptoms of depression in the postpartum period. For this, we used a sample of 387 women in the postpartum period, which responded in a cross-sectional study to the Postpartum Depression Predictors Inventory, to the Attitudes Toward Motherhood Scale and to the Edinburgh Postpartum Depression Scale. A greater number of risk factors was significantly associated with more dysfunctional attitudes toward motherhood, particularly related to beliefs about other's judgment and maternal responsibility, which has resulted in higher levels of depressive symptoms in the postpartum period. These results clearly demonstrate the importance of assess attitudes toward motherhood for an effective prevention of Postpartum Depression.

**Keywords:** Dysfunctional Attitudes Toward Motherhood; Postpartum Depression; Risk Factors

### I – Enquadramento concetual

Apesar de o nascimento de um bebé ser um período habitualmente marcado por sentimentos positivos, por vezes, as difíceis mudanças associadas à nova condição de mãe aliam-se à presença de sintomas depressivos (O'Hara, 2009). A depressão pós-parto (DPP) caracteriza-se pela ocorrência de episódios depressivos no período pós-parto e é mais frequente no primeiro ano após o nascimento (O'Hara, 2009), sendo que a prevalência média é de cerca de 13% (O'Hara & Swain, 1996).

A DPP tem associadas inúmeras consequências para a mãe, nomeadamente maiores níveis de ansiedade, maior número de sintomas psiquiátricos (e.g., somatização, ansiedade, hostilidade), autoestima materna mais pobre e menos confiança no seu papel enquanto mães (Weinberg et al., 2001). Quanto à sua relação com o bebé, mães deprimidas são menos positivas emocionalmente com os seus filhos e geralmente menos responsivas (Tronick & Reck, 2009), sendo estabelecidas, no geral, interações perturbadas (Field, 2010). A DPP acarreta igualmente consequências para o bebé, estando associada a um pobre desenvolvimento cognitivo e psicomotor (Grace, Evindar, & Stewart, 2003; Kingston, Tough, & Whitfield, 2012; Lyons-Ruth et al., 1986), bem como a consequências a nível emocional, quer a curto (Canadian Paediatric Society, 2004; Lyons-Ruth et al., 1986), quer a longo prazo (e.g., maior probabilidade de expressarem afeto negativo, baixo autocontrolo, problemas de internalização e externalização e dificuldades na interação com os pares; Canadian Paediatric Society, 2004; Tronick & Reck, 2009). Dadas as consequências negativas desta perturbação, torna-se importante a identificação precoce das mulheres em maior risco de desenvolver DPP e a implementação de abordagens preventivas para prevenir a sua ocorrência (Austin & Lumley, 2003).

A investigação sobre os fatores de risco para a DPP tem sido vasta, existindo atualmente diversas revisões sistemáticas e meta-

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto



análises que procuram identificar os principais fatores de risco para a DPP (Boyce, 2003; Boyce & Hickey, 2005; O'Hara & McCabe, 2013; O'Hara e Swain, 1996; Milgrom et al., 2008; Mori et al., 2011; Stewart et al., 2003; Wisner, Parry, & Piontek, 2002). Podemos falar em diferentes tipos de fatores de risco: fatores obstétricos; fatores relacionados com a gravidez e o bebé; fatores sociodemográficos; fatores clínicos; fatores psicológicos; fatores relacionados com acontecimentos de vida stressantes; e fatores relacionados com o apoio social e satisfação conjugal.

No que respeita às complicações obstétricas, a literatura tem apontado que estas podem estar associadas ao desenvolvimento da DPP, nomeadamente complicações relacionadas com a gravidez (e.g., pré-eclampsia, hiperémese, contrações prematuras; Stewart et al., 2003) ou, por outro lado, complicações relacionadas com o parto (e.g., cesariana de emergência, parto instrumental, parto prematuro e sangramento excessivo durante o parto; O'Hara e Swain, 1996; Stewart et al., 2003). Além das complicações obstétricas, também a duração do período de internamento no hospital aquando do parto tem sido associada à DPP, embora de forma menos consistente (Boyce & Hickey, 2005).

Variáveis relacionadas com o bebé e com a gravidez têm também um importante papel na DPP. Ter um bebé com temperamento difícil (O'Hara & McCabe, 2013) ou com muitas cólicas (Boyce & Hickey, 2005), ter um bebé do sexo oposto ao desejado (Boyce & Hickey, 2005), bem como o facto de se tratar de uma gravidez não desejada (O'Hara & McCabe, 2013) e do primeiro filho (Mori et al., 2011), têm também sido variáveis associadas ao desenvolvimento de DPP, em alguns estudos.

No que a fatores sociodemográficos diz respeito, também estes parecem influenciar o aparecimento de sintomatologia depressiva no período pós-parto. Estes podem ser a idade (mulheres novas e mais

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

velhas; Boyce, 2003; Mori et al., 2011), estado civil (ser solteiro; O'Hara & McCabe, 2013), educação (baixa educação; Milgrom et al., 2008), desemprego (Boyce, 2003), estatuto socioeconómico (baixo estatuto socioeconómico; Milgrom et al., 2008; O'Hara & Swain, 1996; O'Hara & McCabe, 2013).

Relativamente aos fatores clínicos, tem sido indicado que história prévia de psicopatologia tem influência no desenvolvimento de DPP (Boyce, 2003; Milgrom et al., 2008; O'Hara & Swain, 1996). Tais fatores incluem de forma mais frequente a história prévia de depressão (Milgrom et al., 2008; Mori et al., 2011; O'Hara & McCabe, 2013), mas também a história prévia de ansiedade (Mori et al., 2011). Neste contexto, a investigação também tem demonstrado que a ansiedade pré-natal (Milgrom et al., 2008; O'Hara & McCabe, 2013; O'Hara & Swain, 1996) e a depressão durante a gravidez (O'Hara & McCabe, 2013; O'Hara & Swain, 1996) estão significativamente associadas à ocorrência de sintomatologia depressiva no período pós-parto. Ademais, o *blues* pós-parto também parece contribuir para a posterior DPP; no entanto, apesar do rápido declínio das hormonas reprodutivas que ocorre logo após o parto se ter associado à presença de sintomas depressivos no período pós-parto, parece ser a associação deste com outros fatores que contribui para tal predisposição (Wisner et al., 2002).

Quanto aos fatores psicológicos, algumas características de personalidade (e.g., neuroticismo, O'Hara & Swain, 1996; O'Hara & McCabe, 2013; perfeccionismo, Milgrom et al., 2008; baixa autoestima, O'Hara & McCabe, 2013) têm sido apontadas como fatores de risco para a DPP, assim como um estilo atribucional cognitivo negativo (O'Hara & Swain, 1996).

Adicionalmente, a ocorrência de acontecimentos de vida stressantes (e.g., morte de alguém próximo, divórcio, perda de emprego) devem também ser tidos em conta na etiologia da DPP (Boyce, 2003; Boyce & Hickey, 2005; O'Hara & McCabe, 2013;

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

O'Hara & Swain, 1996; Stewart et al., 2003), uma vez que podem constituir vulnerabilidades adicionais à vulnerabilidade característica desta fase do ciclo de vida (Stewart et al., 2003).

Para além dos fatores anteriormente mencionados, a escassez de apoio social e a pobre relação conjugal têm sido também apontados como fatores de risco para a DPP. Neste contexto, a investigação tem sido consistente em relação ao papel da falta de apoio social no desenvolvimento da DPP, nomeadamente a falta de suporte social em geral (Boyce & Hickey, 2005; O'Hara & McCabe, 2013; O'Hara & Swain, 1996; Stewart et al., 2003) e, em particular, a falta de suporte por parte do companheiro (Boyce & Hickey, 2005; Milgrom et al., 2008; O'Hara & Swain, 1996). Por outro lado, a relação marital assume um importante papel na adaptação da mãe no período pós-parto. Como tal, uma pobre relação conjugal, a insatisfação com a mesma e a dificuldade de comunicação entre o casal, parece ter um impacto negativo no bem-estar materno, contribuindo para o surgimento de sintomatologia depressiva neste período (Boyce & Hickey, 2005; O'Hara & McCabe, 2013; O'Hara & Swain, 1996).

Apesar de a investigação apontar um conjunto diversificado de fatores de risco para a DPP, nem todos os estudos têm salientado da mesma forma o papel de vulnerabilidades cognitivas específicas na ocorrência de depressão no período pós parto (O'Hara & Swain, 1996), tais como as crenças mal adaptativas, as atitudes disfuncionais face à maternidade, os estilos atribucionais, e outros processos cognitivos; no entanto, a investigação tem demonstrado que estas vulnerabilidades cognitivas parecem ser anteriores ao aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas da doença e, ao interagir com acontecimentos de vida *stressantes*, aumentam a probabilidade de desenvolver uma perturbação psicológica específica (Hankin & Abramson, 2001; Madar, 2015). No caso específico da depressão, acontecimentos de vida negativos podem interagir com uma vulnerabilidade cognitiva pessoal pré-existente para

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

a depressão (Hankin & Abramson, 2001; Madar, 2015).

De entre as vulnerabilidades cognitivas existentes, as atitudes disfuncionais face à maternidade, pela sua especificidade, têm sido um dos fatores de vulnerabilidade cognitiva investigado em relação à DPP (Madar, 2015). As atitudes disfuncionais face à maternidade podem ser conceptualizadas como crenças relacionadas com a maternidade e com o papel materno, que incluem uma componente avaliativa, caracterizadas por temas de fracasso, responsabilidade e inadequação pessoal, e idealização do papel materno (Church, Brechman-Toussaint, & Hine, 2005; Eagly & Chaiken, 2007; Sockol, Epperson, & Barber, 2014).

De facto, estudos mais recentes têm mostrado uma associação entre as atitudes disfuncionais face à maternidade e a ocorrência de DPP. Enquanto alguns destes estudos exploram a associação direta entre as atitudes disfuncionais e a DPP, outros salientam a relação entre outros fatores de risco e as atitudes disfuncionais face à maternidade, na influência da DPP.

Enquadrando-se no primeiro grupo de estudos, Phillips, Sharpe, Matthey e Charles (2010) comprovaram que as atitudes negativas específicas da maternidade foram o preditor mais forte da sintomatologia depressiva no período pós-parto. De forma semelhante, Sockol, Epperson e Barber (2014) demonstraram que as atitudes face à maternidade foram um preditor significativo dos sintomas depressivos em mulheres primíparas no período pós-parto. Adicionalmente, Madar (2013) realizou um estudo que pretendia explorar a vulnerabilidade cognitiva geral e específica da maternidade para a DPP. Os resultados deste estudo indicaram que as atitudes disfuncionais gerais e específicas, sozinhas, eram capazes de predizer a tendência para a depressão no pós-parto.

No entanto, outros estudos não encontraram uma associação direta entre as atitudes disfuncionais e o desenvolvimento de

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

sintomatologia depressiva no pós-parto. O'Hara, Rehm, e Campbell (1982) referem que, apesar de existir uma associação entre atitudes disfuncionais e sintomatologia depressiva no pós-parto, estas não se revelaram preditoras de mudanças na sintomatologia depressiva, quando considerada simultaneamente a sintomatologia depressiva na gravidez. De forma similar, no estudo de Gotlib, Whiffen, Wallace e Mount (1991), verificou-se que as atitudes disfuncionais durante a gravidez não distinguiram as mulheres que posteriormente se tornaram deprimidas das que não desenvolveram a perturbação, não conseguindo contribuir para a predição da DPP. Uma possível explicação para os resultados destes estudos é o facto de terem utilizado a Escala de Atitudes Disfuncionais, que avalia as atitudes disfuncionais no geral, e não as atitudes disfuncionais face à maternidade.

No segundo grupo de estudos, Grazioli & Terry (2000) demonstraram evidência consistente de que as atitudes disfuncionais face à maternidade, em combinação com altos níveis de *stress* pós-natal, aumentam a vulnerabilidade das mulheres para a ocorrência de sintomatologia depressiva no período pós-parto. Também Church, Brechman-Toussaint e Hine (2005), propõe um modelo em que mães com depressão prévia, personalidades vulneráveis e bebés difíceis tendem a reportar mais cognições disfuncionais gerais e face à maternidade e, por sua vez, níveis superiores de sintomatologia depressiva no período pós-parto. Apesar destas evidências, no estudo de Church e colaboradores (2005) são apenas considerados alguns fatores de risco para a DPP. No entanto, apesar de os fatores de risco para a DPP estarem bem identificados, é difícil determinar quais deles são fundamentais na manifestação de sintomas (Hassert, 2014), parecendo ser o efeito cumulativo ou a combinação de fatores de risco (Beck, 2002) que tem um papel importante para a ocorrência desta perturbação.

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

## **II - Objetivos**

Tendo em conta a revisão da literatura exposta anteriormente o presente estudo teve com objetivos: 1) Caracterizar e comparar os diferentes fatores de risco e as atitudes disfuncionais face à maternidade, em mulheres com sintomatologia clinicamente significativa e sem sintomatologia clinicamente significativa no período pós-parto; 2) Explorar o papel das atitudes disfuncionais face à maternidade, na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva, no período pós-parto.

## **III – Metodologia**

### ***Participantes***

A amostra do presente estudo foi constituída por 387 mulheres com idade entre os 19 e os 43 anos ( $M = 32.30$ ;  $DP = 4.23$ ), sendo que a maioria vivia em meio urbano ( $n = 279$ ; 72.1%), eram casadas ou estavam em união de facto ( $n = 346$ ; 89.4%), não tinham outros filhos ( $n = 274$ ; 70.8%), eram licenciadas ( $n = 192$ ; 49.6%), estavam empregadas ( $n = 308$ ; 79.6%), tinham um rendimento médio mensal do agregado familiar entre 1000€ e 2000€ ( $n = 188$ ; 48.6%) e enquadravam-se na categoria de nível socioeconómico médio ( $n = 335$ ; 86.6%). Das participantes, 113 mulheres (29.2%) apresentavam sintomatologia clinicamente significativa. Em média, as participantes foram mães há 3.95 meses ( $DP = 3.25$ ).

### **Instrumentos de avaliação**

O protocolo a ser preenchido pelas participantes foi composto pelos seguintes questionários: Ficha Sociodemográfica e Clínica; Inventário de Preditores de Depressão Pós-Parto – Revisto (PDPI-R); Escala de Atitudes Face à Maternidade (EAM); e Escala de Depressão

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

Pós-Parto de Edinburgh (EPDS).

***Ficha de dados sociodemográficos e clínicos***

Ficha que avalia as características sociodemográficas (e.g., idade, estado civil, habilitações literárias, rendimento mensal do agregado familiar) e clínicas (e.g., meses do bebé, paridade, história prévia de psicopatologia) das participantes.

***Postpartum Depression Predictors Inventory - Revised*** (PDPI-R; Beck, 2002; Hanna, Jarman, Savage, & Layton, 2004; Beck, Records, & Rice, 2006; versão portuguesa: estudos psicométricos em curso)

O PDPI-R é um inventário autoadministrado, que avalia a presença de treze fatores de risco considerados como significativos para a DPP. Os treze fatores de risco avaliados pelo PDPI-R são: depressão pré-natal, ansiedade pré-natal, história anterior de depressão, apoio social, satisfação conjugal, *stress*, autoestima, estatuto socioeconómico, estado civil (ter *vs.* não ter uma relação), gravidez desejada ou não desejada, stress relacionado com os cuidados ao bebé, *blues* pós-parto e temperamento do bebé. Os dez primeiros fatores de risco podem ser avaliados no período pré-natal ou no período pós-parto, enquanto os últimos três fatores são apenas avaliados no pós-parto. As questões são respondidas numa escala de resposta dicotómica (sim *vs.* não) e pretendem avaliar a presença ou ausência de fatores de risco. Pontuações mais elevadas são indicativas da presença de um maior número de fatores de risco para DPP. A versão original da escala apresenta boas propriedades psicométricas (Beck, 2002; Beck, Records, & Rice, 2006). Os estudos psicométricos da versão portuguesa da escala encontram-se em curso.

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

***Escala de Atitudes Face à Maternidade*** (Attitudes Toward Motherhood Scale, AToM; Sockol, Epperson, & Barber, 2014)

A Escala de Atitudes Face à Maternidade é uma medida de autorrelato que avalia as atitudes disfuncionais face à maternidade. É composta por 12 itens, divididos por 3 fatores: Crenças relacionadas com o julgamento dos outros (4 itens; e.g.: “Se o meu bebé está a chorar, as pessoas irão pensar que não sou capaz de cuidar dele adequadamente”); Crenças relacionadas com a responsabilidade materna (5 itens; e.g.: “As boas mães põem sempre as necessidades dos seus bebés em primeiro lugar”); e Crenças relacionadas com a idealização do papel materno (3 itens; e.g.: “É errado ter sentimentos mistos sobre o meu bebé”). A escala de resposta contém seis níveis (de 0 = *Discordo Sempre* a 5 = *Concordo Sempre*), sendo que o respondente tem de seleccionar o seu grau de concordância com cada uma das afirmações apresentadas. Pontuações mais altas indicam atitudes mais disfuncionais face à maternidade. A versão original (Sockol et al., 2014) e a versão portuguesa do instrumento apresentam boas propriedades psicométricas. No presente estudo, os coeficientes de alfa de Cronbach variaram de .68 (dimensão Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna) a .90 (dimensão Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno).

***Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburg*** (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS; Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996; Figueiredo, 1997)

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburg é uma escala de autoavaliação que tem como objetivo avaliar a presença de sintomas depressivos nos últimos sete dias (e.g.: “Tenho sido capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas: tanto como dantes /.../ nunca”). É composta por 10 itens e tem uma escala de resposta de 0 a 3. Areias, Kumar, Barros e Figueiredo (1996) consideram o ponto de corte 9 como

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto



sendo indicador de presença de sintomatologia com significado clínico para a população portuguesa (Figueiredo, 1997). A versão portuguesa tem boas qualidades psicométricas (Figueiredo, 1997). No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach foi de .88.

### **Procedimento**

O presente estudo, de natureza transversal, foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC) e pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Os critérios de inclusão definidos para a participação no estudo foram: a) ser mulher, com idade igual ou superior a 18 anos; b) ter tido um bebé nos últimos 12 meses; e c) ter um nível de compreensão que lhe permita o preenchimento dos questionários.

A recolha de amostra decorreu entre dezembro de 2015 e março de 2016. O recrutamento das participantes ocorreu de duas formas: presencial e *online*. O recrutamento presencial decorreu na Maternidade Daniel de Matos [CHUC]. O primeiro contacto com as participantes deu-se no puerpério, tendo-lhes sido apresentado os objetivos do estudo e o papel das participantes e dos investigadores; após a aprovação por parte das mesmas, estas disponibilizaram o *email* para o qual, posteriormente (cerca de um mês após o nascimento do bebé), foi enviado o link para acesso aos questionários. No recrutamento *online* o estudo, bem como os seus objetivos e papel dos participantes e investigadores, foi divulgado nas redes sociais e em páginas e fóruns da temática da maternidade. Para ambos os processos de recrutamento, após acederem ao *link*, as participantes eram direcionadas para os questionários alojados na plataforma *Limesurvey* (no website da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra). Previamente ao preenchimento dos questionários, era novamente apresentada informação relativa aos objetivos do estudo,

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

papéis de investigadores e participantes, e as participantes davam o seu consentimento para participar no estudo (respondendo “sim” à pergunta “*Aceita participar neste estudo?*”), sendo posteriormente direcionadas para um conjunto de questionários de autorresposta.

### **Análises estatísticas**

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 22). Procedeu-se à realização de estatísticas descritivas (médias, desvio-padrão, frequências absolutas e relativas percentuais), com o objetivo de caracterizar a amostra e as variáveis em estudo.

Para comparar a proporção de fatores de risco em mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa no período pós-parto, foram realizados testes de qui-quadrado. O número de fatores de risco em mulheres com e sem sintomatologia depressiva foi comparado com recurso a um teste *t* de *student*.

Para comparar as atitudes disfuncionais face à maternidade nas mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa no período pós-parto, foi realizada uma Análise Multivariada da Variância (MANOVA), seguida da análise dos efeitos univariados quando o efeito multivariado for significativo. Para as comparações realizadas, foi também calculado o tamanho do efeito, através do eta quadrado. As medidas de magnitude do efeito são apresentadas para as análises comparativas (pequeno:  $\eta^2 \geq .01$ ; médio:  $\eta^2 \geq .06$ ; grande:  $\eta^2 \geq .14$ ).

Por fim, para analisar o papel das atitudes disfuncionais face à maternidade na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto, foi estimado um modelo de mediação, utilizando o macro PROCESS do SPSS (Hayes, 2013). O modelo de mediação utilizado (modelo 4) incluía uma variável independente (fatores de risco para a DPP), três mediadores (Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros, Crenças Relacionadas com a

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

Responsabilidade Materna e Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno) e uma variável dependente (sintomatologia depressiva). Para a estimação do modelo, recorreu-se ao procedimento de Bootstrapping (com 10.000 amostras), que é um procedimento de reamostragem não paramétrico, que permite estimar os intervalos de confiança (95% Bias-Corrected and Accelerated Confidence Intervals, IC). Um efeito indireto é considerado significativo se o valor de zero não se encontrar dentro dos intervalos de confiança.

#### **IV – Resultados**

##### **Fatores de risco para DPP e atitudes disfuncionais face à maternidade: Comparação entre mulheres com e sem sintomatologia depressiva clinicamente significativa no pós-parto**

No Quadro 1, são apresentadas as frequências dos diferentes fatores de risco, em mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa no período pós-parto.

*Quadro 1.*

*Frequência da presença de fatores de risco para a DPP em mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa no período pós-parto*

		Mulheres sem sintomatologia clinicamente significativa <i>n</i> (%)	Mulheres com sintomatologia clinicamente significativa <i>n</i> (%)	X <sup>2</sup>	<i>p</i>	V de Cramer																																																																																																																																								
Estado Civil	<i>Ausente</i>	254 (92.7%)	102 (90.3%)	.64	.422	.041																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	20 (7.3%)	11 (9.7%)				Nível Socioeconómico	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	99 (87.6%)	.09	.764	.015	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	14 (12.4%)	Depressão na gravidez	<i>Ausente</i>	250 (91.2%)	78 (69.0%)	30.56	<.001	.281	<i>Presente</i>	24 (8.8%)	35 (31.0%)	Ansiedade na gravidez	<i>Ausente</i>	119 (43.4%)	32 (28.3%)	7.68	.006	.141	<i>Presente</i>	155 (56.6%)	81 (71.7%)	História de depressão	<i>Ausente</i>	190 (69.3%)	51 (45.1%)	19.96	<.001	.227	<i>Presente</i>	84 (30.7%)	62 (54.9%)	Babyblues	<i>Ausente</i>	119 (43.4%)	20 (17.7%)	23.02	<.001	.244	<i>Presente</i>	155 (56.6%)	93 (82.3%)	Autoestima	<i>Ausente</i>	259 (94.5%)	72 (63.7%)	61.36	<.001	.398	<i>Presente</i>	15 (5.5%)	41 (36.3%)	Gravidez desejada	<i>Ausente</i>	226 (82.5%)	85 (75.2%)	2.67	.102	.083	<i>Presente</i>	48 (17.5%)	28 (24.8%)	Apoio do parceiro	<i>Ausente</i>	220 (80.3%)	65 (57.5%)	21.37	<.001	.235	<i>Presente</i>	54 (19.7%)	48 (42.5%)	Apoio da família	<i>Ausente</i>	223 (81.4%)	57 (50.4%)	38.30	<.001	.315	<i>Presente</i>	51 (18.6%)	56 (49.6%)	Apoio dos amigos	<i>Ausente</i>	148 (54.0%)	36 (31.9%)	15.75	<.001	.202	<i>Presente</i>	126 (46.0%)	77 (68.1%)	Satisfação conjugal	<i>Ausente</i>	239 (87.2%)	65 (57.5%)	41.90	<.001	.329	<i>Presente</i>	35 (12.8%)	48 (42.5%)	Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)	Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001
Nível Socioeconómico	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	99 (87.6%)	.09	.764	.015																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	14 (12.4%)				Depressão na gravidez	<i>Ausente</i>	250 (91.2%)	78 (69.0%)	30.56	<.001	.281	<i>Presente</i>	24 (8.8%)	35 (31.0%)	Ansiedade na gravidez	<i>Ausente</i>	119 (43.4%)	32 (28.3%)	7.68	.006	.141	<i>Presente</i>	155 (56.6%)	81 (71.7%)	História de depressão	<i>Ausente</i>	190 (69.3%)	51 (45.1%)	19.96	<.001	.227	<i>Presente</i>	84 (30.7%)	62 (54.9%)	Babyblues	<i>Ausente</i>	119 (43.4%)	20 (17.7%)	23.02	<.001	.244	<i>Presente</i>	155 (56.6%)	93 (82.3%)	Autoestima	<i>Ausente</i>	259 (94.5%)	72 (63.7%)	61.36	<.001	.398	<i>Presente</i>	15 (5.5%)	41 (36.3%)	Gravidez desejada	<i>Ausente</i>	226 (82.5%)	85 (75.2%)	2.67	.102	.083	<i>Presente</i>	48 (17.5%)	28 (24.8%)	Apoio do parceiro	<i>Ausente</i>	220 (80.3%)	65 (57.5%)	21.37	<.001	.235	<i>Presente</i>	54 (19.7%)	48 (42.5%)	Apoio da família	<i>Ausente</i>	223 (81.4%)	57 (50.4%)	38.30	<.001	.315	<i>Presente</i>	51 (18.6%)	56 (49.6%)	Apoio dos amigos	<i>Ausente</i>	148 (54.0%)	36 (31.9%)	15.75	<.001	.202	<i>Presente</i>	126 (46.0%)	77 (68.1%)	Satisfação conjugal	<i>Ausente</i>	239 (87.2%)	65 (57.5%)	41.90	<.001	.329	<i>Presente</i>	35 (12.8%)	48 (42.5%)	Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)	Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)						
Depressão na gravidez	<i>Ausente</i>	250 (91.2%)	78 (69.0%)	30.56	<.001	.281																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	24 (8.8%)	35 (31.0%)				Ansiedade na gravidez	<i>Ausente</i>	119 (43.4%)	32 (28.3%)	7.68	.006	.141	<i>Presente</i>	155 (56.6%)	81 (71.7%)	História de depressão	<i>Ausente</i>	190 (69.3%)	51 (45.1%)	19.96	<.001	.227	<i>Presente</i>	84 (30.7%)	62 (54.9%)	Babyblues	<i>Ausente</i>	119 (43.4%)	20 (17.7%)	23.02	<.001	.244	<i>Presente</i>	155 (56.6%)	93 (82.3%)	Autoestima	<i>Ausente</i>	259 (94.5%)	72 (63.7%)	61.36	<.001	.398	<i>Presente</i>	15 (5.5%)	41 (36.3%)	Gravidez desejada	<i>Ausente</i>	226 (82.5%)	85 (75.2%)	2.67	.102	.083	<i>Presente</i>	48 (17.5%)	28 (24.8%)	Apoio do parceiro	<i>Ausente</i>	220 (80.3%)	65 (57.5%)	21.37	<.001	.235	<i>Presente</i>	54 (19.7%)	48 (42.5%)	Apoio da família	<i>Ausente</i>	223 (81.4%)	57 (50.4%)	38.30	<.001	.315	<i>Presente</i>	51 (18.6%)	56 (49.6%)	Apoio dos amigos	<i>Ausente</i>	148 (54.0%)	36 (31.9%)	15.75	<.001	.202	<i>Presente</i>	126 (46.0%)	77 (68.1%)	Satisfação conjugal	<i>Ausente</i>	239 (87.2%)	65 (57.5%)	41.90	<.001	.329	<i>Presente</i>	35 (12.8%)	48 (42.5%)	Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)	Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																
Ansiedade na gravidez	<i>Ausente</i>	119 (43.4%)	32 (28.3%)	7.68	.006	.141																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	155 (56.6%)	81 (71.7%)				História de depressão	<i>Ausente</i>	190 (69.3%)	51 (45.1%)	19.96	<.001	.227	<i>Presente</i>	84 (30.7%)	62 (54.9%)	Babyblues	<i>Ausente</i>	119 (43.4%)	20 (17.7%)	23.02	<.001	.244	<i>Presente</i>	155 (56.6%)	93 (82.3%)	Autoestima	<i>Ausente</i>	259 (94.5%)	72 (63.7%)	61.36	<.001	.398	<i>Presente</i>	15 (5.5%)	41 (36.3%)	Gravidez desejada	<i>Ausente</i>	226 (82.5%)	85 (75.2%)	2.67	.102	.083	<i>Presente</i>	48 (17.5%)	28 (24.8%)	Apoio do parceiro	<i>Ausente</i>	220 (80.3%)	65 (57.5%)	21.37	<.001	.235	<i>Presente</i>	54 (19.7%)	48 (42.5%)	Apoio da família	<i>Ausente</i>	223 (81.4%)	57 (50.4%)	38.30	<.001	.315	<i>Presente</i>	51 (18.6%)	56 (49.6%)	Apoio dos amigos	<i>Ausente</i>	148 (54.0%)	36 (31.9%)	15.75	<.001	.202	<i>Presente</i>	126 (46.0%)	77 (68.1%)	Satisfação conjugal	<i>Ausente</i>	239 (87.2%)	65 (57.5%)	41.90	<.001	.329	<i>Presente</i>	35 (12.8%)	48 (42.5%)	Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)	Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																										
História de depressão	<i>Ausente</i>	190 (69.3%)	51 (45.1%)	19.96	<.001	.227																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	84 (30.7%)	62 (54.9%)				Babyblues	<i>Ausente</i>	119 (43.4%)	20 (17.7%)	23.02	<.001	.244	<i>Presente</i>	155 (56.6%)	93 (82.3%)	Autoestima	<i>Ausente</i>	259 (94.5%)	72 (63.7%)	61.36	<.001	.398	<i>Presente</i>	15 (5.5%)	41 (36.3%)	Gravidez desejada	<i>Ausente</i>	226 (82.5%)	85 (75.2%)	2.67	.102	.083	<i>Presente</i>	48 (17.5%)	28 (24.8%)	Apoio do parceiro	<i>Ausente</i>	220 (80.3%)	65 (57.5%)	21.37	<.001	.235	<i>Presente</i>	54 (19.7%)	48 (42.5%)	Apoio da família	<i>Ausente</i>	223 (81.4%)	57 (50.4%)	38.30	<.001	.315	<i>Presente</i>	51 (18.6%)	56 (49.6%)	Apoio dos amigos	<i>Ausente</i>	148 (54.0%)	36 (31.9%)	15.75	<.001	.202	<i>Presente</i>	126 (46.0%)	77 (68.1%)	Satisfação conjugal	<i>Ausente</i>	239 (87.2%)	65 (57.5%)	41.90	<.001	.329	<i>Presente</i>	35 (12.8%)	48 (42.5%)	Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)	Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																																				
Babyblues	<i>Ausente</i>	119 (43.4%)	20 (17.7%)	23.02	<.001	.244																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	155 (56.6%)	93 (82.3%)				Autoestima	<i>Ausente</i>	259 (94.5%)	72 (63.7%)	61.36	<.001	.398	<i>Presente</i>	15 (5.5%)	41 (36.3%)	Gravidez desejada	<i>Ausente</i>	226 (82.5%)	85 (75.2%)	2.67	.102	.083	<i>Presente</i>	48 (17.5%)	28 (24.8%)	Apoio do parceiro	<i>Ausente</i>	220 (80.3%)	65 (57.5%)	21.37	<.001	.235	<i>Presente</i>	54 (19.7%)	48 (42.5%)	Apoio da família	<i>Ausente</i>	223 (81.4%)	57 (50.4%)	38.30	<.001	.315	<i>Presente</i>	51 (18.6%)	56 (49.6%)	Apoio dos amigos	<i>Ausente</i>	148 (54.0%)	36 (31.9%)	15.75	<.001	.202	<i>Presente</i>	126 (46.0%)	77 (68.1%)	Satisfação conjugal	<i>Ausente</i>	239 (87.2%)	65 (57.5%)	41.90	<.001	.329	<i>Presente</i>	35 (12.8%)	48 (42.5%)	Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)	Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																																														
Autoestima	<i>Ausente</i>	259 (94.5%)	72 (63.7%)	61.36	<.001	.398																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	15 (5.5%)	41 (36.3%)				Gravidez desejada	<i>Ausente</i>	226 (82.5%)	85 (75.2%)	2.67	.102	.083	<i>Presente</i>	48 (17.5%)	28 (24.8%)	Apoio do parceiro	<i>Ausente</i>	220 (80.3%)	65 (57.5%)	21.37	<.001	.235	<i>Presente</i>	54 (19.7%)	48 (42.5%)	Apoio da família	<i>Ausente</i>	223 (81.4%)	57 (50.4%)	38.30	<.001	.315	<i>Presente</i>	51 (18.6%)	56 (49.6%)	Apoio dos amigos	<i>Ausente</i>	148 (54.0%)	36 (31.9%)	15.75	<.001	.202	<i>Presente</i>	126 (46.0%)	77 (68.1%)	Satisfação conjugal	<i>Ausente</i>	239 (87.2%)	65 (57.5%)	41.90	<.001	.329	<i>Presente</i>	35 (12.8%)	48 (42.5%)	Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)	Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																																																								
Gravidez desejada	<i>Ausente</i>	226 (82.5%)	85 (75.2%)	2.67	.102	.083																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	48 (17.5%)	28 (24.8%)				Apoio do parceiro	<i>Ausente</i>	220 (80.3%)	65 (57.5%)	21.37	<.001	.235	<i>Presente</i>	54 (19.7%)	48 (42.5%)	Apoio da família	<i>Ausente</i>	223 (81.4%)	57 (50.4%)	38.30	<.001	.315	<i>Presente</i>	51 (18.6%)	56 (49.6%)	Apoio dos amigos	<i>Ausente</i>	148 (54.0%)	36 (31.9%)	15.75	<.001	.202	<i>Presente</i>	126 (46.0%)	77 (68.1%)	Satisfação conjugal	<i>Ausente</i>	239 (87.2%)	65 (57.5%)	41.90	<.001	.329	<i>Presente</i>	35 (12.8%)	48 (42.5%)	Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)	Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																																																																		
Apoio do parceiro	<i>Ausente</i>	220 (80.3%)	65 (57.5%)	21.37	<.001	.235																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	54 (19.7%)	48 (42.5%)				Apoio da família	<i>Ausente</i>	223 (81.4%)	57 (50.4%)	38.30	<.001	.315	<i>Presente</i>	51 (18.6%)	56 (49.6%)	Apoio dos amigos	<i>Ausente</i>	148 (54.0%)	36 (31.9%)	15.75	<.001	.202	<i>Presente</i>	126 (46.0%)	77 (68.1%)	Satisfação conjugal	<i>Ausente</i>	239 (87.2%)	65 (57.5%)	41.90	<.001	.329	<i>Presente</i>	35 (12.8%)	48 (42.5%)	Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)	Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																																																																												
Apoio da família	<i>Ausente</i>	223 (81.4%)	57 (50.4%)	38.30	<.001	.315																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	51 (18.6%)	56 (49.6%)				Apoio dos amigos	<i>Ausente</i>	148 (54.0%)	36 (31.9%)	15.75	<.001	.202	<i>Presente</i>	126 (46.0%)	77 (68.1%)	Satisfação conjugal	<i>Ausente</i>	239 (87.2%)	65 (57.5%)	41.90	<.001	.329	<i>Presente</i>	35 (12.8%)	48 (42.5%)	Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)	Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																																																																																						
Apoio dos amigos	<i>Ausente</i>	148 (54.0%)	36 (31.9%)	15.75	<.001	.202																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	126 (46.0%)	77 (68.1%)				Satisfação conjugal	<i>Ausente</i>	239 (87.2%)	65 (57.5%)	41.90	<.001	.329	<i>Presente</i>	35 (12.8%)	48 (42.5%)	Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)	Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																																																																																																
Satisfação conjugal	<i>Ausente</i>	239 (87.2%)	65 (57.5%)	41.90	<.001	.329																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	35 (12.8%)	48 (42.5%)				Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)	Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																																																																																																										
Acontecimentos de vida stressantes	<i>Ausente</i>	146 (53.3%)	34 (30.1%)	17.30	<.001	.211																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	128 (46.7%)	79 (69.9%)				Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)	Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																																																																																																																				
Stress do bebé	<i>Ausente</i>	193 (70.4%)	54 (47.8%)	17.78	<.001	.214																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	81 (29.6%)	59 (52.2%)				Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																																																																																																																														
Temperamento do bebé	<i>Ausente</i>	243 (88.7%)	78 (69.0%)	21.86	<.001	.238																																																																																																																																								
	<i>Presente</i>	31 (11.3%)	35 (31.0%)																																																																																																																																											

Podemos verificar que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres sem sintomatologia depressiva clinicamente significativa e com sintomatologia depressiva clinicamente significativa no que respeita à maioria dos fatores de risco. Assim, as mulheres com sintomatologia clinicamente significativa apresentaram, com maior frequência, depressão ou ansiedade na

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

gravidez, história prévia de depressão, bem como uma percepção de autoestima mais pobre, menor satisfação com o apoio do parceiro, da família e dos amigos, menor satisfação conjugal, e um maior número de acontecimentos de vida stressantes. Além disso, para além de terem experienciado, com maior frequência *babyblues* no período pós-parto, reportaram maior *stress* associado aos cuidados ao bebé e um temperamento do bebé mais difícil (cf. Quadro 1). A análise das medidas do efeito permite ainda notar que as diferenças encontradas entre os grupos são mais evidentes nos fatores de risco depressão na gravidez, baixa autoestima, escasso apoio da família e menor satisfação conjugal. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com e sem sintomatologia depressiva clinicamente significativa no que diz respeito ao estado civil, nível socioeconómico e ao facto de ter sido ou não uma gravidez desejada (cf. Quadro 1).

Adicionalmente, as mulheres com sintomatologia depressiva clinicamente significativa apresentaram, em média, um maior número de fatores de risco ( $M = 6.79$ ,  $DP = 2.73$ ) do que as mulheres sem sintomatologia clinicamente significativa ( $M = 3.79$ ,  $DP = 2.10$ ;  $t_{385} = -11.65$ ,  $p < .001$ ).

No que diz respeito às atitudes disfuncionais face à maternidade em mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa, verificou-se um efeito multivariado significativo (Traço de Pillai = .14,  $F_{(3,384)} = 21.00$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .14$ ). As análises dos efeitos univariados revelam que as mulheres com sintomatologia depressiva clinicamente significativa apresentam atitudes mais disfuncionais face à maternidade nas dimensões Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros (mulheres com sintomatologia:  $M = 2.09$ ,  $DP = 1.35$  vs. mulheres sem sintomatologia:  $M = 1.15$ ,  $DP = 1.10$ ;  $F_{(3,384)} = 50.97$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .117$ ) e na dimensão Crenças relacionadas com a responsabilidade materna (mulheres com sintomatologia:  $M = 2.53$ ,  $DP = 1.12$  vs.

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

mulheres sem sintomatologia:  $M = 1.78$ ,  $DP = 1.01$ ;  $F_{(3,384)} = 42.20$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .099$ ), sendo que não se verificam diferenças na dimensão Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno ( $F_{(3,384)} = 2.88$ ,  $p = .09$ ,  $\eta^2 = .007$ ).

### **Efeitos diretos e indiretos da relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no período pós-parto através das atitudes disfuncionais face à maternidade**

A Figura 1 apresenta o modelo dos efeitos diretos e indiretos da relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no período pós-parto. Como se verifica na Figura 1, constatou-se que o número de fatores de risco se associou significativamente às dimensões Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros e Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna da EAM explicando, respetivamente, 10% e 11% da variância, mas não se associou de forma significativa à dimensão Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno.

Ademais, o número de fatores de risco e as atitudes disfuncionais face à maternidade explicaram 45.3% da variância da sintomatologia depressiva no período pós-parto ( $F_{(4,382)} = 79.02$ ,  $p < .001$ ). Especificamente, observou-se um efeito total significativo; o efeito direto, após a introdução das variáveis mediadoras no modelo, também se revelou significativo (cf. Figura 1). O efeito indireto mostrou ser significativo para os fatores Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros (95% IC = .037/.124) e Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna (95% IC = .024/.105), mas não para o fator Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno (95% IC = -.015/.002).

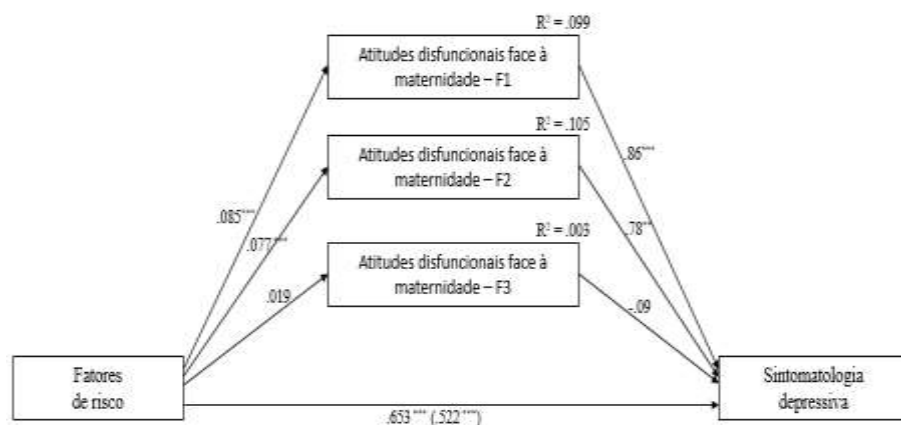


Figura 1.

Diagrama estatístico do modelo do efeito dos fatores de risco na sintomatologia depressiva no período pós-parto através das atitudes disfuncionais face à maternidade

Nota. Os valores nas linhas representam os coeficientes de regressão não estandardizados. Na linha que liga os factores de risco à sintomatologia depressiva, o valor fora dos parênteses representam o efeito total dos factores de risco na sintomatologia depressiva, e o valor entre parênteses representa o efeito direto dessa relação, após a inclusão dos mediadores.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

## V - Discussão

Este estudo pretendeu contribuir para conhecer melhor os mecanismos explicativos da relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no período pós-parto, nomeadamente ao demonstrar que, para além da relação direta já identificada, esta relação ocorre através das atitudes disfuncionais face à maternidade. Torna-se inovador ao salientar o papel das vulnerabilidades cognitivas da depressão pós-parto, aspeto que, por vezes, tem sido negligenciado na investigação sobre o tópico.

As mulheres com sintomatologia clinicamente significativa apresentaram, com mais frequência, os diferentes fatores de risco para

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

DPP. Além disso, apresentaram um maior número cumulativo de fatores de risco do que as mulheres sem sintomatologia depressiva no período pós-parto. Estes resultados são congruentes com as investigações existentes acerca dos fatores de risco para a DPP (Boyce, 2003; Boyce & Hickey, 2005; O'Hara & McCabe, 2013; O'Hara & Swain, 1996; Milgrom et al., 2008; Mori et al., 2011; Stewart et al., 2003; Wisner, Parry, & Piontek, 2002). Os nossos resultados são igualmente congruentes com o efeito cumulativo dos fatores de risco (Beck, 2002), sugerindo que é a presença de um maior número de fatores de risco que coloca as mulheres em risco acrescido de desenvolver sintomatologia depressiva. No presente estudo, os fatores de risco cujas diferenças tiveram maior magnitude foram a depressão na gravidez, baixa autoestima, escasso apoio da família e baixa satisfação conjugal. Estes fatores estão entre os mais citados na literatura referente aos fatores de risco para a DPP. De forma consistente, a revisão de Stewart e colaboradores (2003), mostrou que a depressão na gravidez tem sido consistentemente considerada como sendo um forte preditor da DPP e a baixa autoestima um preditor moderado da DPP.

No entanto, os fatores estado civil, nível socioeconómico e gravidez desejada não revelaram diferenciar as mulheres sem sintomatologia depressiva clinicamente significativa das mulheres com sintoma sintomatologia depressiva clinicamente significativa. Estes dados não são congruentes com estudos anteriores que revelam que ser solteiro (Boyce, 2003; O'Hara & McCabe, 2013) pertencer a um nível socioeconómico mais baixo (Milgrom et al., 2008; O'Hara & Swain, 1996; O'Hara & McCabe, 2013) e ter uma gravidez não desejada (O'Hara & McCabe, 2013) podem contribuir para o aumento da probabilidade de desenvolvimento de uma depressão pós-parto. Por um lado, os nossos resultados podem dever-se ao facto de a maioria da nossa amostra ser casada (89.4%), pertencer a um nível

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto



socioeconómico médio (86.6%) e ter tido uma gravidez desejada, não existindo muita variabilidade nestas dimensões, em particular. Além disso, estes fatores têm sido encontrados como tendo associações mais modestas com a DPP (Stewart et al., 2003), o que pode contribuir para explicar os resultados encontrados no nosso estudo.

Ao analisar as diferenças existentes entre os fatores da EAM no que diz respeito à sintomatologia depressiva clinicamente significativa, verificou-se que as diferenças apenas são significativas nos fatores Crenças relacionadas com o julgamento dos outros e Crenças relacionadas com a responsabilidade materna, sendo que as mulheres com sintomatologia depressiva apresentam atitudes mais disfuncionais. Isto leva-nos a concluir que são estas as atitudes disfuncionais face à maternidade que mais contribuem para a sintomatologia depressiva. Estes resultados são congruentes com estudos realizados sobre o tópico (Madar, 2013; Phillips et al., 2010), que referem que as atitudes negativas específicas da maternidade são o preditor mais forte da sintomatologia depressiva no período pós-parto. O facto de as mulheres terem atitudes mais disfuncionais face à maternidade, pode predispor-las a interpretações mais enviesadas dos acontecimentos relacionados com a maternidade, nomeadamente interpretações negativas, podendo levar ao desenvolvimento e manutenção de sintomatologia depressiva no período pós-parto (Milgrom et al., 1999).

Os nossos resultados mostram que o papel dos fatores de risco na sintomatologia depressiva parece ocorrer, pelo menos em parte, através das atitudes disfuncionais face à maternidade. Especificamente, a presença de um maior número de fatores de risco associa-se a crenças mais disfuncionais relacionadas com o julgamento dos outros e com a responsabilidade materna que, por sua vez, se traduzem em níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Isto pode ser compreensível devido ao facto de alguns dos fatores de risco estarem associados à presença de psicopatologia prévia (história de depressão ou

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

depressão/ansiedade na gravidez), que podem já estar associados a crenças ou atitudes gerais mais disfuncionais sobre a avaliação dos outros e o perfeccionismo, e que poderão generalizar-se à maternidade (Milgrom et al., 2008; Mori et al., 2011; O’Hara & McCabe, 2013; O’Hara & Swain, 1996). Além disso, outros dos fatores de risco estão associados com a perceção de falta de apoio e insatisfação conjugal (Boyce & Hickey, 2005; O’Hara & McCabe, 2013; O’Hara & Swain, 1996; Sockol et al., 2014). A perceção de que a parentalidade vai ser experienciada de forma mais isolada e menos apoiada, pode também contribuir para o desenvolvimento de crenças mais disfuncionais sobre a responsabilidade materna (“ser a única capaz de cuidar do meu bebé”) e sobre o julgamento dos outros. Adicionalmente, é também possível que baixos níveis de autoestima possam predispor as recém-mães para crenças mais negativas sobre o *self* e, conseqüentemente, sobre o julgamento dos outros. Estas hipóteses deverão, no entanto, ser melhor investigadas em estudos futuros.

Uma das principais limitações do presente estudo é o seu desenho transversal. Embora o estudo nos mostre que um maior número de fatores de risco se associa a crenças mais disfuncionais face à maternidade que se traduz em sintomatologia depressiva, não podemos estabelecer uma inferência causal entre as variáveis. Além disso, o facto de grande parte da amostra ser autoseleccionada (devido ao recrutamento *online*, que pode fazer com que apenas as pessoas mais interessadas por este tópico participem na investigação) e ser maioritariamente casada e ter habilitações literárias elevadas, pode contribuir para que a amostra do nosso estudo não seja totalmente representativa da população portuguesa no período pós-parto.

No geral, estes resultados fornecem-nos evidência de que as crenças disfuncionais face à maternidade são um fator importante na experiência das mulheres no período pós-parto. Logo, uma avaliação eficaz das mesmas por profissionais especializados pode ajudar na

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

deteção de mulheres em risco de desenvolver uma depressão pós-parto.

## VI - Bibliografia

- Areias, M., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in portuguese mothers. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(1), 30–35.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, *26*(1), 135–141. doi:10.1017/S0033291700033778
- Austin, M. P., & Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*(1), 10–17. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.02024.x
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *31*(4), 394–402. doi:10.1111/j.1552-6909.2002.tb00061.x
- Beck, C. T., Records, K., & Rice, M. (2006). Further development of the postpartum depression predictors inventory-revised. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *35*(6), 735–745. doi:10.1111/J.1552-6909.2006.00094.x
- Boyce, P. (2003). Risk factors for postnatal depression: A review and risk factors in Australian populations. *Archives of Women's Mental Health*, *6*(2), 43–50. doi:10.1007/s00737-003-0005-9

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

- Boyce, P., & Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 605–612. doi:10.1007/s00127-005-0931-0
- Canadian Paediatric Society. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*, *9*(8), 575–598. doi:10.1001/jama.2011.18
- Church, N. F., Brechman-Toussaint, M. L., & Hine, D. W. (2005). Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *Journal of Affective Disorders*, *87*(1), 65–72. doi:10.1016/j.jad.2005.03.009
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition*, *25*(5), 582–602.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, *33*(1), 1–6. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão Pós-Parto, Interação mãe-Bebé e Desenvolvimento Infantil* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Minho.
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M., & Mount, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(2), 122–132. doi:10.1037/0021-843X.100.2.122
- Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, *6*, 263–274. doi:10.1007/s00737-003-0024-6
- Grazioli, R., & Terry, D. J. (2000). The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *The British Journal of Clinical Psychology*, *39*, 329–347. doi:10.1348/014466500163347

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, *127*(6), 773–796. doi:10.1037/0033-2909.127.6.773
- Hanna, B., Jarman, H., Savage, S., & Layton, K. (2004). The early detection of postpartum depression: Midwives and nurses trial a checklist. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *33*(2), 191–197. doi:10.1177/0884217504262972
- Hassert, S. (2014). *Expecting the unexpected: Testing a theoretical model of postpartum depression* (Tese de Doutorado não publicada), Arizona State University, Estados Unidos da América.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York: Guilford Press.
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, *43*(5), 683–714. doi:10.1007/s10578-012-0291-4
- Lyons-Ruth, K., Zoll, D., Connell, D., & Grunebaum, H. U. (1986). The depressed mother and her one-year-old infant: environment, interaction, attachment, and infant development. *New Directions for Child Development*, *34*, 61–82. doi:10.1002/cd.23219863407
- Madar, A. (2013). General and Specific Maternal Cognitions in Postpartum Depression : an Explorative Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *78*, 420–424. doi:10.1016/j.sbspro.2013.04.323
- Madar, A. (2015). *Cognitive Vulnerability for Postpartum Depression: Implications for Intervention* (Dissertação de Doutorado não publicada). Universidade Babeş-Bolyai, Holanda.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

- depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *108*, 147–157. doi:10.1016/j.jad.2007.10.014
- Milgrom, J., Martin, P. R., & Negri, L. M. (1999). *Treating Postnatal Depression: A Psychological Approach for Health Care Practitioners*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Mori, T., Tsuchiya, K. J., Matsumoto, K., Suzuki, K., Mori, N., & Takei, N. (2011). Psychosocial risk factors for postpartum depression and their relation to timing of onset: The Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. *Journal of Affective Disorders*, *135*, 341–346. doi:10.1016/j.jad.2011.07.012
- O’Hara, M. (2009). Postpartum Depression: What We Know. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(12), 1258–1269. doi:10.1002/jclp
- O’Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 379–407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- O’Hara, M. W., Rehm, L. P., & Campbell, S. B. (1982). Predicting depressive symptomatology: Cognitive-behavioral models and postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *91*(6), 457–461. doi:10.1037/0021-843X.91.6.457
- O’Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, *8*(1). doi:10.3109/09540269609037816
- Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S., & Charles, M. (2010). Subtypes of postnatal depression? A comparison of women with recurrent and de novo postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, *120*, 67–75. doi:10.1016/j.jad.2009.04.011
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women’s Mental Health*, *17*(3), 199–212.

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto

doi:10.1007/s00737-014-0424-9

Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C-L., Grace, S.L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network Women's Health Program.

Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of Depressed Mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147–156.  
doi:10.1080/10673220902899714

Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Beeghly, M., Olson, K. L., Kernan, H., & Riley, J. M. (2001). Subsyndromal depressive symptoms and major depression in postpartum women. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 87–97.

Wisner, K. L., Parry, B. L., & Piontek, C. M. (2002). Postpartum Depression. *The New England Journal of Medicine*, 347(3), 194–199. doi:10.1007/s00431-011-1451-4

### Referências Bibliográficas

- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(1), 135–141. doi:10.1017/S0033291700033778
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1–6. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005
- Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 263–274. doi:10.1007/s00737-003-0024-6
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(5), 683–714. doi:10.1007/s10578-012-0291-4
- Lyons-Ruth, K., Zoll, D., Connell, D., & Grunebaum, H. U. (1986). The depressed mother and her one-year-old infant: environment, interaction, attachment, and infant development. *New Directions for Child Development*, 34, 61–82. doi:10.1002/cd.23219863407
- Madar, A. (2013). Maternal Attitudes and Beliefs Scale: Development and Piloting. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78(0), 415–419. doi:10.1016/j.sbspro.2013.04.322
- O'Hara, M. (2009). Postpartum Depression: What We Know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258–1269. doi:10.1002/jclp
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1). doi:10.3109/09540269609037816

Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto



- Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S., & Charles, M. (2010). Subtypes of postnatal depression? A comparison of women with recurrent and de novo postnatal depression. *Journal of Affective Disorders, 120*, 67–75. doi:10.1016/j.jad.2009.04.011
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women's Mental Health, 17*(3), 199–212. doi:10.1007/s00737-014-0424-9
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Beeghly, M., Olson, K. L., Kernan, H., & Riley, J. M. (2001). Subsyndromal depressive symptoms and major depression in postpartum women. *The American Journal of Orthopsychiatry, 71*(1), 87–97.