

[post-print version]

**Adaptação da Escala de Crenças Disfuncionais face à Maternidade para a população  
portuguesa: Estudos psicométricos**

**Costa, C., Rodrigues, S., Canavarro, M. C., & Fonseca, A.**

### **Resumo**

As crenças 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 Crenças Disfuncionais Face à Maternidade (ECM), que avalia as crenças 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. As participantes responderam, num estudo transversal, à ECM e a outros questionários de autorresposta. 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 ECM associou-se de forma significativa à sintomatologia depressiva e aos pensamentos automáticos negativos gerais e no pós-parto, mostrando a sua validade convergente. Ademais, 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 ECM apresentou bons níveis de fidelidade e validade, pelo que constitui um instrumento útil na avaliação das crenças disfuncionais face à maternidade.

*Palavras-chave* – Crenças Disfuncionais face à Maternidade, Depressão Pós-Parto, Escala de Crenças Disfuncionais face à Maternidade, Propriedades Psicométricas.

**Adaptation of the Portuguese version of the Dysfunctional Attitudes Toward  
Motherhood Scale: Psychometric studies**

**Abstract**

Dysfunctional beliefs 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 beliefs toward motherhood, for the Portuguese population and to evaluate its psychometric qualities. The sample included 387 women in the postpartum period. The participants cross-sectionally answered to the AToM and to 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 Judgments, 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. Furthermore, it has shown good internal consistency for the total score and for its dimensions, with the exception of the 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 beliefs toward motherhood.

*Keywords* - Attitudes Toward Motherhood Scale, Dysfunctional Beliefs Toward Motherhood, Postpartum Depression, Psychometric Properties.

## Introdução

A Depressão Pós-Parto (DPP) é uma condição clínica prevalente (Gavin et al., 2005), com consequências adversas não apenas para a mãe, como para o desenvolvimento do bebé (e.g., Kingston, Tough, & Whitfield, 2012). Face aos efeitos adversos da DPP, identificar os seus fatores de risco, nomeadamente aqueles que são potencialmente modificáveis através da intervenção psicológica, é fundamental para decidir a natureza e alvo das estratégias de prevenção desta condição clínica (Howell, Mora, DiBonaventura, & Leventhal, 2009).

Dentro dos fatores de risco potencialmente modificáveis para a DPP, alguns autores têm-se focado no papel das vulnerabilidades cognitivas, nomeadamente as crenças disfuncionais face à maternidade (Grazioli, & Terry, 2000; Madar, 2013a; Sockol, Epperson, & Barber, 2014). As crenças disfuncionais face à maternidade têm sido associadas à ocorrência de sintomatologia depressiva no período pós-parto (Madar, 2013a; Phillips, Sharpe, Matthey, & Charles, 2010; Sockol et al., 2014). As crenças disfuncionais face à maternidade são crenças sobre a maternidade e 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; Sockol et al., 2014). Torna-se, portanto, fundamental, a existência de uma medida adequada para avaliar as crenças disfuncionais face à maternidade.

Apesar de existirem alguns instrumentos que foram desenvolvidos para avaliar as crenças face à maternidade, estes instrumentos apresentam algumas limitações. Um destes instrumentos é o Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA, Kumar, Robson, & Smith, 1984), que foi também adaptado para a população portuguesa (Figueiredo, Mendonça, & Sousa, 2004). Para além de apresentar como limitação o facto de ser um instrumento extenso (60 itens) e de avaliar também dimensões de ajustamento (e.g., imagem corporal, sintomas somáticos), as dimensões que remetem para a avaliação das crenças ou atitudes face

à maternidade focam-se não apenas na dimensão cognitiva, mas também nas reacções e preocupações da mulher com a gravidez e com o filho (e.g., “*tem-se sentido feliz por estar grávida?*”) ou na avaliação do desejo sexual (e.g., “*desejou sexualmente o seu marido?*”), o que compromete a sua capacidade de avaliar o constructo a que se propõe.

Posteriormente, foi desenvolvido o Maternal Attitudes Questionnaire (MAQ; Warner, Appleby, Whitton, & Faragher, 1997) para avaliar as cognições e expectativas associadas à maternidade. Para além dos pobres indicadores de consistência interna, este questionário tinha ainda como limitação o facto de nem todos os itens da escala incluírem a componente avaliativa inerente às crenças disfuncionais (Sockol et al., 2014). Mais recentemente, foi desenvolvida a Maternal Attitudes and Beliefs Scale (MABS) com o objetivo de avaliar as crenças face à maternidade no pré e pós-parto (Madar, 2013b). No entanto, para além de ser uma escala muito longa, os estudos realizados incluíram amostras muito pequenas, pelo que as boas propriedades psicométricas desta escala não se encontram ainda estabelecidas.

#### ***A Escala de Crenças Disfuncionais Face à Maternidade (ECM)***

Na tentativa de colmatar as limitações das restantes escalas, Sockol et al. (2014) desenvolveram um instrumento com o objetivo de avaliar as crenças disfuncionais face à maternidade: a *Attitudes Towards Motherhood Scale*. Apesar de a designação da escala apontar para o domínio das atitudes, esta escala foi desenvolvida para examinar as crenças avaliativas disfuncionais relacionadas com a maternidade (Sockol et al., 2014), à semelhança da Escala de Atitudes Disfuncionais [DAS] (Weissman, 1979). Com base na Teoria Cognitiva de Beck para a depressão, a Escala de Atitudes Disfuncionais de Weissman (1979) foi desenvolvida para avaliar as crenças disfuncionais gerais que, ao interagir com certos acontecimentos indutores de stresse, são activadas e constituem uma vulnerabilidade para a depressão. Neste contexto, com o objectivo de melhor reflectir o constructo avaliado, a versão portuguesa da escala *Attitudes Towards Motherhood Scale* foi designada de Escala de Crenças

Disfuncionais face à Maternidade (ECM).

No que respeita ao desenvolvimento da versão original da ECM, numa primeira etapa, foi construída uma versão preliminar, composta por 62 itens (gerados a partir da modificação de itens existentes noutros questionários e de entrevistas a mulheres grávidas ou no período pós-parto), cuja compreensibilidade foi avaliada através de um estudo piloto. Posteriormente, a versão preliminar do instrumento foi testada numa amostra de 136 mulheres no período perinatal, tendo sido sujeita a procedimentos de análise (análise fatorial exploratória e análise da redundância e clareza dos itens de cada fator, com vista a reduzir a sobrecarga de resposta ao questionário) conducentes à versão final da ECM. Esta seria composta por 12 itens, que se organizam em três fatores, cada um composto por quatro itens: 1) Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros: crenças relacionadas com a perceção da avaliação que os outros irão fazer acerca do desempenho enquanto mãe e fortemente ligadas às distorções cognitivas gerais; 2) Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna: crenças relacionadas com a perceção das exigências do papel materno, em termos de dedicação e disponibilidade; e 3) Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno: crenças relacionadas com a perceção da avaliação da experiência de maternidade como uma experiência exclusivamente positiva (Sockol et al., 2014).

No que respeita às características psicométricas da versão final da ECM, os resultados da análise confirmatória indicaram que a solução de três fatores correlacionados apresentava bons índices de ajustamento, corroborando a validade de constructo da escala. A ECM apresentou também bons indicadores de fidelidade, quer para as dimensões (valores de alfa de Cronbach entre 0,74, para o fator 3, e 0,82, para o fator 1), quer para a escala total (alfa de Cronbach de 0,81). No que diz respeito à validade convergente, as pontuações da ECM mostraram-se significativamente correlacionadas com as distorções cognitivas gerais (*Dysfunctional Attitudes Scale*, DAS) e com as atitudes face à maternidade (MAQ) (Sockol et

al., 2014).

Posteriormente, os autores da versão original da ECM conduziram um segundo estudo, com o objetivo de proporcionar evidência adicional das características psicométricas do instrumento, utilizando uma amostra de 288 mulheres no período perinatal (Sockol et al., 2014). Os resultados evidenciaram bons indicadores de validade de constructo. Especificamente, por comparação ao modelo unidimensional, o modelo de três fatores apresentou melhores índices de ajustamento e mostrou-se invariante para mulheres grávidas e no período pós-parto. Além disso, os resultados sugeriram bons indicadores de validade convergente – patente nas associações, no sentido esperado, com distorções cognitivas gerais, com ajustamento diádico e com a satisfação com o apoio social recebido – e de validade de critério, uma vez que a ECM mostrou predizer significativamente a sintomatologia depressiva e ansiosa, controlando o efeito de variáveis sociodemográficas, de fatores de risco interpessoais e de distorções cognitivas gerais. Finalmente, a ECM apresentou bons índices de fidelidade (os valores de alfa de Cronbach variaram entre 0,73 e 0,81) (Sockol et al., 2014).

Sockol e Battle (2015) investigaram ainda a fiabilidade e a validade da ECM numa amostra de 436 mães múltiparas, visto que o instrumento foi inicialmente desenvolvido e validado 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 ECM apresentou bons indicadores de validade convergente nesta amostra, ao associar-se positiva e moderadamente com as distorções cognitivas gerais (Sockol & Battle, 2015). Não existem, do nosso conhecimento, estudos de adaptação e validação da ECM para outras populações. Face ao exposto, este estudo teve como principal objetivo a adaptação da ECM para a população portuguesa e o estudo das suas qualidades psicométricas, em termos de validade de constructo, fidelidade, validade convergente e de critério.

## Método

### *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*

*Ficha de dados demográficos e clínicos.* Ficha de autorrelato para avaliar as características sociodemográficas (e.g., idade, estado civil, habilitações literárias, rendimento mensal do agregado familiar, nível socioeconómico) e clínicas (e.g., paridade, história prévia de psicopatologia) das participantes e do bebé (e.g., meses do bebé).

*Escala de Crenças Disfuncionais face à Maternidade (ECM;* versão original: Sockol et al., 2014). A ECM pretende avaliar as crenças 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*). Pontuações mais altas indicam crenças mais disfuncionais face à maternidade. As características psicométricas da versão original da escala foram anteriormente descritas. Para adaptar a ECM para a população Portuguesa, 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), procedendo-se posteriormente à retroversão da versão traduzida e à verificação de aspetos lexicais e semânticos das duas

versões da escala, tendo-se chegado à versão final portuguesa da ECM.

*Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo* (EPDS; versão portuguesa: 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 depressivos nos últimos sete dias. É composta por 10 itens, com uma escala de resposta de 0 a 3. Resultados acima de 9 são indicativos de sintomatologia depressiva clinicamente significativa (Figueiredo, 1997). No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach é de 0,88.

*Escala de Pensamentos Automáticos Negativos no Pós-Parto* (EPANP; versão portuguesa: Rodrigues, Costa, Canavarro, & Fonseca, no prelo). A EPANP é uma escala de autorresposta que pretende avaliar a presença e frequência de pensamentos negativos no pós-parto. É composta por 17 itens, respondidos numa escala de 0 (“*Nunca*”) a 3 (“*Quase Sempre*”). A EPANP organiza-se em dois fatores: Avaliação das Cognições, Emoções e Situações (ACES; 9 itens) e Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade (PNRBM; 8 itens). Pontuações mais elevadas indicam uma maior frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto. No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach foram de 0,90 (fator ACES) e 0,75 (fator PNRBM).

*Questionário dos Pensamentos Automáticos - Revisto* (QPA-R; versão portuguesa: Pereira, Matos, & Azevedo, 2014). O QPA-R avalia a frequência da ocorrência dos pensamentos automáticos negativos e positivos relacionados com a depressão. Encontra-se organizado em três dimensões, duas correspondendo a pensamentos automáticos negativos e uma a pensamentos automáticos positivos: 1) Autoconceito Baixo/Negativo e Expectativas Negativas (12 itens); 2) Mau Ajustamento Pessoal e Desejo de Mudança (15 itens); e 3) Pensamentos Automáticos Positivos (9 itens). Os itens que compõem a escala são respondidos numa escala de frequência que varia de 0 (“*Nunca*”) a 4 (“*Sempre*”). Pontuações mais altas

em cada dimensão indicam maior frequência de pensamentos automáticos avaliados pela mesma. Na nossa amostra, os valores de alfa de Cronbach variaram entre 0,93 (dimensões Autoconceito Baixo/Negativo e Pensamentos Automaticos Positivos) e 0,94 (Dimensão Mau Ajustamento Pessoal e Desejo de Mudança).

*Escala de Auto-Compaixão* (EAC; versão portuguesa: Castilho, & Gouveia, 2011). A EAC é um instrumento de medida de autorresposta constituída por 26 itens, respondidos numa escala de frequência (de 1 = *Quase Nunca* a 5 = *Quase Sempre*), organizados em 6 subescalas: Calor/Compreensão (5 itens), Autocrítica (5 itens); Humanidade comum (4 itens); Isolamento (4 itens); Mindfulness (4 itens); e Sobre-identificação (4 itens). Pontuações mais altas indicam níveis de compaixão mais elevados. Na nossa amostra, os valores de alfa de Cronbach variaram entre 0,78 (dimensão Sobre-Identificação) e 0,89 (dimensão Calor/Compreensão).

#### *Procedimento*

Foi realizado um estudo quantitativo transversal, aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC) e da 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 (as participantes foram contactadas no puerpério da Maternidade Daniel de Matos [CHUC]) e *online* (através da divulgação nas redes sociais e em páginas e fóruns da temática da maternidade). Em ambas as situações, o protocolo de avaliação foi preenchido *online*. As participantes foram informadas dos objetivos do estudo e do papel dos investigadores e dos participantes, e foi divulgado o *weblink* para a participação no estudo (questionário *online*),

alojado na plataforma Limesurvey. As participantes deram o seu consentimento para participar no estudo, respondendo “sim” à pergunta “*Aceita participar neste estudo?*”.

## **Resultados**

### *Características distribucionais dos itens*

No Quadro 1 são apresentadas as características distribucionais dos itens que compõem a ECM, calculadas com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Para todos os itens da ECM, cada uma das opções de resposta foi selecionada por, pelo menos, uma participante. Além disso, a análise das estatísticas descritivas dos itens sugere que, a maioria das participantes optou por alternativas próximas do extremo inferior da escala na maioria dos itens, à exceção dos itens 6 e 12, nos quais a frequência de resposta foi mais elevada no extremo superior da escala. No entanto, os valores de assimetria e curtose dos itens encontraram-se maioritariamente dentro do intervalo  $\pm 1.5$ , sugerindo que apresentam uma distribuição normal de respostas (Tabachnick & Fidell, 2013) e a não existência de violações graves do pressuposto de normalidade que comprometam a Análise Fatorial Confirmatória (AFC; Maroco, 2010).

### *Validade de constructo*

Para avaliar a validade de constructo da ECM, procedeu-se à realização de uma AFC, com o objetivo de testar o modelo de três fatores correlacionados (F1: Crenças relacionadas com o Julgamento dos Outros; F2: Crenças relacionadas com a Responsabilidade Materna; F3: Crenças relacionadas com a Idealização do Papel Materno) proposto pelos autores da versão original da escala. 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), 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).

Os índices de ajustamento do modelo originalmente proposto aos dados observados indicam que o modelo original não se revelou adequado [ $\chi^2_{(51)} = 307,97$ ,  $p < 0,001$ ;  $\chi^2/g.l. = 6,04$ ;  $CFI = 0,88$ ;  $GFI = 0,89$ ;  $RMSEA = 0,11$ , 90% CI  $RMSEA = 0,10; 0,13$ ]. Face à inadequação do modelo original, procedemos, de forma exploratória, 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, 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 (Byrne, 2010). Primeiramente, a análise dos índices de modificação do modelo relativos às correlações entre erros sugeriram cinco correlações entre erros de itens pertencentes ao mesmo fator: correlações entre os erros dos itens 3 e 4, do fator 1; correlações entre os erros dos itens 6 e 7, e entre os erros dos itens 6 e 8, do fator 2; e correlações entre os erros dos itens 9 e 10, e entre os erros dos itens 9 e 11, do fator 3.

As cinco correlações entre os erros dos itens pertencentes ao mesmo factor anteriormente referidas foram introduzidas no modelo, originando o modelo modificado [ $\chi^2_{(46)} = 264,90$ ,  $p < 0,001$ ;  $\chi^2/g.l. = 5,76$ ;  $CFI = 0,89$ ;  $GFI = 0,90$ ;  $RMSEA = 0,11$ ; 90% CI  $RMSEA = 0,098; 0,12$ ]. Apesar de o valor de  $\Delta\chi^2$  (diferença entre os valores de  $\chi^2$  dos dois modelos;  $\Delta\chi^2_{(5)} = 34,97$ ,  $p < 0,001$ ) sugerir que o modelo modificado representa uma aproximação significativamente melhor aos dados do que o modelo original, os índices de ajustamento do modelo modificado apresentam ainda valores limiares, que não são indicadores de um bom ajustamento do modelo.

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 associado ao Fator Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna (F2). A análise do seu peso fatorial na estrutura originalmente testada (modelo original) também permitiu verificar que o peso fatorial deste item no fator Crenças relacionadas com a Idealização do Papel Materno (F3), onde originalmente pertencia, tem um valor substancialmente mais baixo (0,37) do que os restantes itens que compõem o fator ( $>0,77$ ). Além disso, a análise do conteúdo do item sugere que este é congruente com o construto avaliado no F2, pelo que optámos por proceder a esta modificação, de acordo com as sugestões de Byrne (2010), avaliando novamente o ajustamento do modelo (segundo modelo modificado). O segundo modelo modificado representou uma melhoria significativa relativamente ao modelo original ( $\Delta\chi^2 = 124,48, p < 0,001$ ) e ao modelo modificado ( $\Delta\chi^2 = 81,42, p < 0,001$ ) e apresentou, de forma geral, índices de ajustamento considerados aceitáveis [ $\chi^2_{(51)} = 183,49, p < 0,001$ ;  $\chi^2/g.l. = 3,60$ ;  $CFI = 0,94$ ;  $GFI = 0,93$ ;  $RMSEA = 0,08$ , 90% CI  $RMSEA = 0,069$ ;  $0,095$ ]. O modelo final é apresentado na Figura 1.

Como se pode constatar, os itens apresentam pesos fatoriais elevados (acima de 0,50) no fator a que pertencem, à exceção dos itens 5 e 6. Podemos também verificar que as correlações entre os fatores da ECM são todas positivas e significativas, sendo que são mais fortes entre o fator 1 e o fator 2.

#### *Validade convergente*

Como se verifica no Quadro 3, as dimensões da ECM, de uma forma geral, associaram-se de forma significativa e positiva à sintomatologia depressiva, aos pensamentos automáticos gerais e aos pensamentos automáticos negativos no pós-parto. Adicionalmente, as dimensões da ECM associaram-se de forma significativa e negativa à auto-compaixão,

sugerindo que crenças mais disfuncionais face à maternidade estão associadas a níveis superiores de pensamentos negativos e a sintomatologia depressiva mais elevada. O fator Crenças Relacionadas com a Idealização do Papel Materno (F3) é o fator que apresenta as correlações mais baixas com as restantes variáveis, sendo em alguns casos não significativas (cf. Quadro 3).

#### *Validade de critério*

Para examinar a validade da ECM em relação a um critério externo, procedemos à comparação das pontuações da escala, em função da presença de sintomatologia 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,  $F_{(3, 384)} = 21,00$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,14$ ), com as mulheres com sintomatologia depressiva clinicamente significativa a apresentarem crenças mais disfuncionais nas dimensões Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros ( $M = 2,09$ ,  $DP = 1,35$  vs. mulheres sem sintomatologia:  $M = 1,15$ ,  $DP = 1,10$ ;  $F = 50,97$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,12$ ) e Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna ( $M = 2,53$ ,  $DP = 1,12$  vs. mulheres sem sintomatologia:  $M = 1,78$ ,  $DP = 1,01$ ;  $F = 42,20$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,1$ ).

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 revelaram que estas diferenças apenas são significativas no fator Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros ( $F = 15,78$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,04$ ), com as mulheres primíparas a apresentarem crenças mais disfuncionais face à maternidade nesta dimensão ( $M = 1,58$ ,  $DP = 1,27$  vs. multíparas:  $M = 1,04$ ,  $DP = 1,11$ ).

#### *Fidelidade*

Os índices relativos à consistência interna dos fatores da ECM foram calculados com o SPSS e são apresentados no Quadro 3. De forma geral, os valores de alfa de Cronbach das

dimensões e da pontuação total ( $\alpha = 0,84$ ) da ECM são bons, à exceção do fator Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna, que apresenta valores de consistência interna ligeiramente inferiores ao desejável. 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 ECM (cf. Quadro 3). As correlações item-total corrigidas são também todas superiores a 0,30, apesar de o item 5 apresentar uma correlação item-total corrigida mais baixa do que os restantes itens que compõem o respetivo fator.

### Discussão

Este estudo teve como objetivo a adaptação e o estudo das características psicométricas da versão portuguesa da ECM, a fim de colmatar a lacuna existente na população portuguesa, no que diz respeito à avaliação das crenças disfuncionais face à maternidade. Segundo o modelo cognitivo-comportamental da DPP (Milgrom, Martin & Negri, 1999), estas crenças podem constituir fatores de vulnerabilidade cognitiva para a DPP, ou seja, fatores ou características que tornam algumas mulheres mais suscetíveis a desenvolver esta condição clínica. De forma global, e de forma congruente com os estudos psicométricos da versão original da escala (Sockol et al., 2014), os resultados deste estudo apontam para as boas propriedades psicométricas da ECM.

No que se refere às características distribucionais dos itens, verifica-se um enviesamento das pontuações para o extremo inferior da escala de resposta. Este resultado não é inesperado tendo em conta que esta escala avalia um constructo patológico (as crenças disfuncionais face à maternidade), e a amostra do presente estudo é uma amostra comunitária de mulheres no período perinatal, pelo que não se espera que as pontuações neste constructo sigam a distribuição normal nesta população. No entanto, dois itens (“*As boas mães põem sempre as necessidades dos seus bebés em primeiro lugar*”, “*É errado ter sentimentos*”

*negativos em relação ao meu bebê*”) seguem o padrão inverso, pontuando maioritariamente no extremo superior da escala. Apesar de não termos informação sobre a distribuição dos itens na versão original da escala (Sockol et al., 2014), uma possível explicação para este facto podem ser as influências socioculturais associadas à maternidade. De facto, 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 et al., 1999).

Relativamente à validade de constructo, a estrutura da versão portuguesa da ECM engloba três fatores correlacionados, numa composição semelhante à estrutura original (Sockol et al., 2014). Enquanto o primeiro fator se centra na perceção acerca da avaliação dos outros relativamente ao desempenho do papel materno (Crenças relacionadas com o Julgamento dos Outros), o segundo e o terceiro fator relacionam-se, respetivamente, com as crenças relacionadas com a perceção das exigências do papel materno, em termos de total dedicação e disponibilidade (Crenças relacionadas com a Responsabilidade Materna) e com a perceção da experiência de maternidade como exclusivamente positiva (Crenças relacionadas com a Idealização do Papel Materno).

Contudo, na versão portuguesa da ECM, o 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. De facto, a análise do conteúdo do item parece remeter para o sucesso no desempenho do papel materno enquanto aspeto definidor da pessoa (tema de sucesso/fracasso). Este conteúdo parece estar mais associado ao sentido de responsabilidade materna, do que à idealização do papel materno (isto é, a uma avaliação exclusivamente positiva da experiência de maternidade), uma vez que remete para a avaliação pessoal do desempenho materno e para a necessidade de cumprir as elevadas exigências do

papel materno ou de ser uma “mãe perfeita” (isto é, da obrigatoriedade, muitas vezes imposta pelas próprias mulheres, de cumprir as elevadas exigências inerentes a este papel, de forma exemplar). O mito da “mãe perfeita” (Milgrom et al., 1999) faz com que as mulheres imponham, muitas vezes, a si mesmas, padrões muito elevados de realização das tarefas parentais (e.g., evidentes também noutros itens do mesmo fator, e.g. “*As boas mães põem sempre as necessidades do bebé em primeiro lugar*”), e que a concretização abaixo desses padrões excessivos seja entendida como um fracasso. De salientar que a amostra do presente estudo é composta maioritariamente por mulheres empregadas e com níveis de escolaridade elevados (ensino superior), características que podem estar associado a padrões elevados de realização e perfeccionismo noutros contextos de vida (académico/profissional), o que pode ter contribuído para explicar estes resultados. Do nosso conhecimento, não existem outros estudos que tenham investigado a estrutura fatorial da ECM 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 ECM, as associações encontradas entre as dimensões da escala e os pensamentos automáticos (gerais e específicos do pós-parto) revelaram-se não só congruentes com o modelo cognitivo da Depressão (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), que sustenta que as crenças disfuncionais influenciam a forma como o indivíduo interpreta as situações, levando à emergência de pensamentos automáticos negativos, mas também com a investigação empírica sobre o tópico (e.g., Know & Oei, 1992). Estes resultados são também congruentes com os estudos psicométricos da versão original do instrumento (Sockol et al., 2014), que encontraram uma associação positiva entre as dimensões da ECM e as crenças disfuncionais gerais.

De forma semelhante, foram também encontradas associações negativas entre as

pontuações da ECM e a Escala de Auto-Compaixão. Isto sugere que níveis mais elevados de auto-compaixão se associam a crenças menos disfuncionais face à maternidade, nomeadamente no que diz respeito às crenças disfuncionais relacionadas com o julgamento dos outros e com a responsabilidade materna. De forma congruente, 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 aspetos associados às crenças disfuncionais face à maternidade.

Adicionalmente, quer os resultados da validade convergente, quer os resultados da validade de critério, corroboram a relação entre a ECM e a ocorrência de sintomatologia depressiva no período pós-parto. Estes resultados não só são congruentes com os resultados da versão original da escala (Sockol et al., 2014), como com outras investigações que evidenciaram que as crenças negativas específicas da maternidade se revelaram o preditor mais forte da sintomatologia depressiva no período pós-parto (Madar, 2013a; Phillips et al., 2010), e sustentando o papel das crenças disfuncionais face à maternidade como vulnerabilidades cognitivas para a DPP. Os resultados da validade de critério evidenciam ainda que, no que respeita às dimensões da ECM, são as crenças disfuncionais relacionadas com o julgamento dos outros e com a responsabilidade materna que mais parecem contribuir para a ocorrência da sintomatologia depressiva. 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).

Adicionalmente, no que diz respeito à paridade, verificou-se que as mulheres primíparas apresentam crenças mais disfuncionais relacionadas com o julgamento dos outros acerca do seu desempenho parental. Apesar de o estudo de Sockol e Battle (2015) também ter encontrado a presença de crenças mais disfuncionais face à maternidade nas mulheres primíparas, os seus resultados não foram congruentes com os resultados do presente estudo,

na medida em que as diferenças encontradas foram evidentes na dimensão crenças acerca da responsabilidade materna. 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. De facto, a investigação tem demonstrado que mães primíparas se mostram frequentemente insatisfeitas com o apoio recebido por parte da rede social, nomeadamente na manutenção da sua autoestima (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, & Iron, 2011), e que a perceção de autoeficácia materna pode estar dependente do encorajamento dos membros da rede social (Haslam, Pakenham, & Smith, 2006). Por outro lado, é possível que as mulheres múltíparas já tenham tido oportunidade de, com base nas suas experiências prévias, diminuir a intensidade com que acreditam em algumas destas crenças disfuncionais, que assentam muitas vezes em mitos socioculturalmente construídos (Milgrom et al., 1999). No entanto, estudos futuros deverão procurar examinar e clarificar estas hipóteses.

Finalmente, no que diz respeito à fidelidade da ECM, os valores de consistência interna foram adequados, apesar de o fator Crenças Relacionadas com a Responsabilidade Materna ter uma consistência interna ligeiramente inferior ao desejável. Adicionalmente, um dos itens deste fator (Item 5: “*Eu sou a única pessoa que consegue manter o meu bebé em segurança*”) apresentou uma correlação item-total mais baixa do que os restantes itens, bem como um peso fatorial mais baixo no fator a que pertence. Estes resultados não são consistentes com os resultados encontrados na versão original da ECM (Sockol et al., 2014). 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). Na realidade, apesar de este item representar uma crença disfuncional (na medida em que tem a associada um padrão excessivo de realização e responsabilidade), a nossa amostra é composta por mães de bebés de, em média, quatro meses de idade; muitas

delas podem encontrar-se ainda em licença de maternidade e a amamentar, pelo que, ainda que sem a natureza rígida e inflexível que habitualmente caracterizam as crenças disfuncionais, possam considerar que os seus bebés atualmente dependem delas para que a sua segurança e sobrevivência sejam garantidas. Adicionalmente, é possível que algumas características particulares da amostra não consideradas no presente estudo (e.g., grau de partilha entre o casal das tarefas de prestação de cuidados) possam contribuir para explicar estes resultados. Estudos futuros deverão procurar investigar estas hipóteses.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, a representatividade da amostra, uma vez que a maioria da amostra foi recrutada via *online*, traduzindo-se numa amostra auto-selecionada (i.e., é possível que só participem as pessoas com mais sensibilidade e interesse por este tópico), e é composta maioritariamente por mulheres com habilitações literárias elevadas. Em segundo lugar, no que diz respeito à avaliação da validade convergente, seria importante a utilização de outra escala que avaliasse o mesmo constructo (crenças disfuncionais face à maternidade). No entanto, não existia, do nosso conhecimento, outra escala que avaliasse as crenças disfuncionais face à maternidade adaptada para a população portuguesa, à exceção do MAMA, que é uma escala longa e que, como descrevemos, avalia outros aspetos que não apenas as crenças. Em terceiro lugar, a utilização exclusiva de questionários impossibilitou a avaliação da capacidade discriminativa do instrumento em relação a *outcomes* clínicos relevantes (por exemplo, o diagnóstico de depressão). Por último, por se tratar de um estudo transversal, não foi avaliada a estabilidade temporal do instrumento.

Em conclusão, a ECM apresenta boas qualidades psicométricas tornando-se útil a sua utilização, quer na prática clínica, quer na investigação. Ademais, é uma escala de autorresposta, preenchimento rápido e fácil cotação, o que facilita a sua aplicação, e avalia um constructo de extrema relevância e importância, nomeadamente para o contexto clínico. Uma

melhor avaliação das crenças disfuncionais face à maternidade permite-nos identificar as mulheres cujas crenças disfuncionais as colocam em maior risco de sofrimento psicológico (Sockol et al., 2014), bem como conhecer e avaliar fatores possíveis de mudança através da intervenção psicológica e implementar abordagens preventivas para a DPP.

### Referências

- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, *26*, 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.
- 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*, 65–72. doi:10.1016/j.jad.2005.03.009
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil* (Dissertação de Doutoramento não 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*, 31–51.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, *106*, 1071-1083. doi:10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db
- 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.

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

Haslam, D., Pakenham, K., & Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27, 276–291. doi:10.1002/imhj.20092

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

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, 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, 43–51. doi:10.1016/0022-3999(84)90039-4

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, 415–419. doi:10.1016/j.sbspro.2013.04.322

Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, softwares e aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.

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, 263–287.  
doi:10.1080/13576500444000317

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*, 15, 37-47. doi:10.15308/14psd150105

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

Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: A qualitative study. *Midwifery*, 27, 237-242.  
doi:10.1016/j.midw.2009.06.005

Sockol, L. E., & Battle, C. L. (2015). Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Archives of Women's Mental Health*, 585–593.  
doi:10.1007/s00737-015-0511-6

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, 199–212. doi:10.1007/s00737-014-0424-9

Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics* (6<sup>th</sup> ed.). England: Pearson.

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, 351–358. doi:10.1016/S0022-3999(97)00128-1

Weissman, A. N. (1979). Assessing depressogenic attitudes: A validation study. (Dissertação de Doutorado não publicada). Universidade da Pennsylvania, Pennsylvania.

Quadro 1.

Características distribucionais dos itens

Itens	Categorias						M(DP)	Assimetria	Curtose
	Discordo sempre <i>n</i> (%)	Discordo a maioria das vezes <i>n</i> (%)	Discordo algumas vezes <i>n</i> (%)	Concordo algumas vezes <i>n</i> (%)	Concordo a maioria das vezes <i>n</i> (%)	Concordo sempre <i>n</i> (%)			
1 – Se eu cometer um erro, as pessoas irão pensar que sou uma má mãe.	120 (31,0)	11 (28,7)	4 (6,2)	1 (23,5)	2 (8,3)	9 (2,3)	1,56 (1,46)	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 (7,0)	98 (25,3)	8 (7,2)	7 (1,8)	1,49 (1,47)	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 (23,0)	2 (8,3)	14 (3,6)	1,57 (1,54)	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)	1 (5,4)	15 (3,9)	1,08 (1,48)	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)	1 (13,2)	17 (4,4)	1,69 (1,58)	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 (9,0)	65 (16,8)	90 (23,3)	139 (35,9)	3,49 (1,58)	-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)	5 (6,5)	22 (5,7)	1,15 (1,58)	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)	7 (14,7)	53 (13,7)	2,20 (1,77)	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)	2 (8,3)	34 (8,8)	1,47 (1,73)	0,82	-0,74
10 – É errado sentir-me desiludida com a maternidade.	140 (36,2)	62 (16,0)	48 (12,4)	32 (8,3)	7 (9,6)	68 (17,6)	1,92 (1,91)	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)	8 (12,4)	71 (18,3)	2,10 (1,91)	0,33	-1,41
12 – É errado ter sentimentos negativos em relação ao meu bebé.	109 (28,2)	48 (12,4)	35 (9,0)	31 (8,0)	6 (9,3)	128 (33,1)	2,57 (2,09)	-0,03	-1,69

---

*Quadro 2.*

*Validade convergente*

	ECM	ECM	ECM
	F1	F2	F3
PNTQ F1: Avaliação das Cognações, Emoções e Situações	0,47**	0,41**	0,15**
PNTQ F2: Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebé e com a Maternidade	0,53**	0,37**	0,08
ATQ F1: Autoconceito Baixo e Expetativas Negativas	0,39**	0,37**	0,07
ATQ F2: Mau ajustamento pessoal e desejo de mudança	0,46**	0,42**	0,12*
ATQ F3: Pensamentos automáticos positivos	-0,34**	-0,25**	-0,01
Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburg	0,45**	0,43**	0,10*
SCS _ Calor	-0,37**	-0,33**	-0,04
SCS _ Autocrítica	-0,48**	-0,41**	-0,15**
SCS _ Humanidade	-0,26**	-0,24**	0,05
SCS _ Isolamento	-0,45**	-0,42**	-0,11*
SCS _ Mindfulness	-0,34**	-0,33**	-0,00
SCS _ Sobreidentificação	-0,43**	-0,34**	-0,19**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

*Quadro 3.*

*Fidelidade*

Fator	Item	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach excluindo o item	Alfa de Cronbach do fator	<i>M</i> ( <i>DP</i> )
Crenças	1	0,750	0,808		
Relacionadas com	2	0,796	0,788	0,86	5,70
Julgamento dos	3	0,768	0,799		(5,00)
Outros	4	0,537	0,891		
Crenças	5	0,332	0,676		
Relacionadas com	6	0,433	0,635	0,68	9,99
a Responsabilidade	7	0,404	0,647		(5,48)
Materna	8	0,505	0,601		
	9	0,515	0,597		
Crenças	10	0,724	0,908		
Relacionadas com	11	0,860	0,794	0,90	6,59
a Idealização do					(5,38)
Papel Materno	12	0,804	0,844		

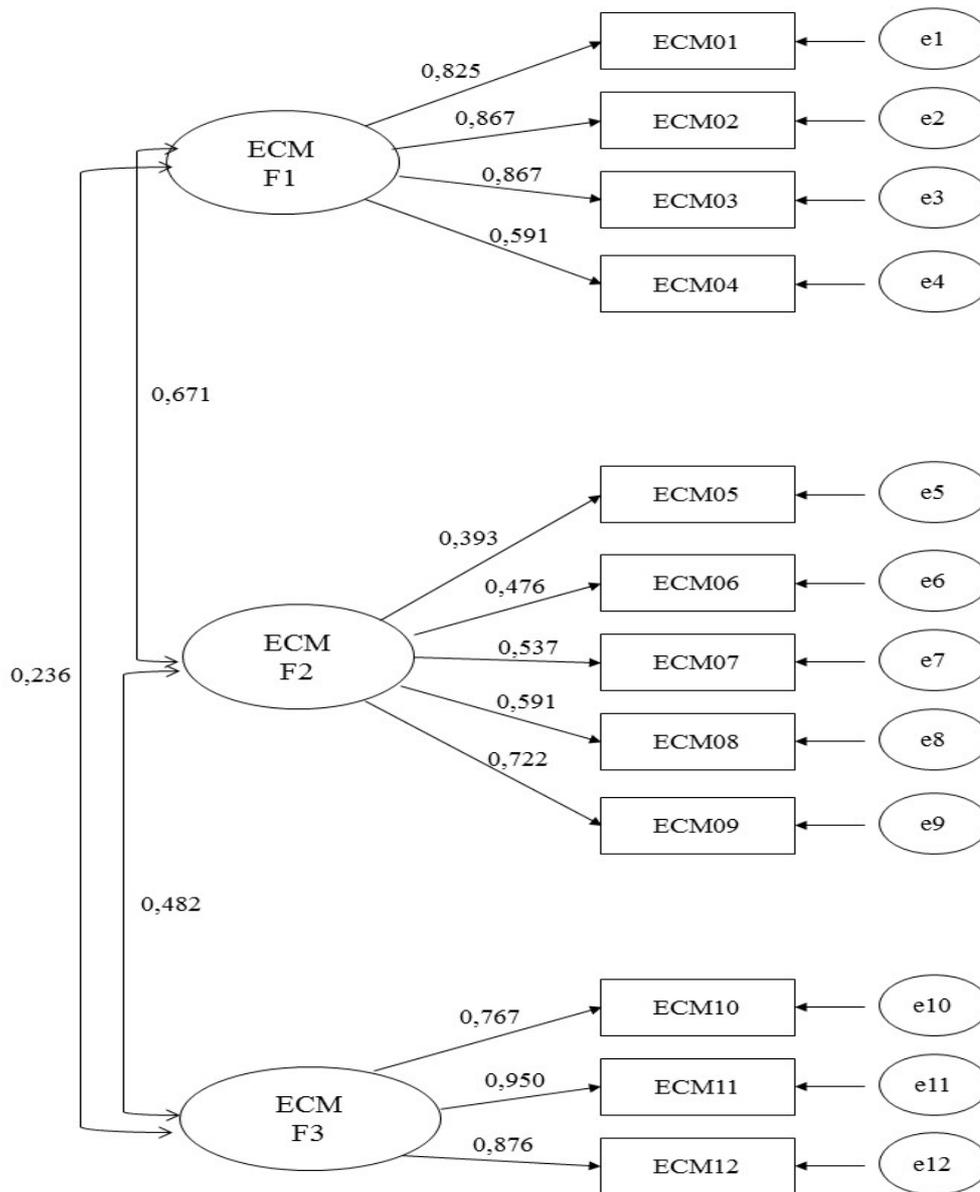


Figura 1.

Estrutura fatorial da ECM.

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