



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA CAROLINA ANTUNES DA CUNHA PINTO GOUVEIA

***PERFECCIONISMO E DEPRESSÃO PERINATAL: ESTUDO
PROSPETIVO SOBRE O PAPEL MEDIADOR DO
MINDFULNESS E DA AUTO-COMPAIXÃO***

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO FERREIRA DE MACEDO
DOUTORA ANA TELMA PEREIRA

ABRIL/2018

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Perfeccionismo e Depressão Perinatal:
estudo prospetivo sobre o papel mediador do *Mindfulness*
e da Auto-Compaixão**

Ana Carolina Antunes da Cunha Pinto Gouveia

Trabalho Final do 6º Ano Médico

Abril de 2018

**IX CONGRESSO INTERNACIONAL
DE HISTÓRIA DA LOUCURA,
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
IX INTERNATIONAL CONGRESS
HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND
MENTAL HEALTH**

**I Simposium Internacional Mulheres e Loucura
I International Symposium Women and Madness
Coimbra, Portugal, 7-9 Maio/may, 2018**

Este trabalho e outro realizado no âmbito do mesmo projeto de investigação foram submetidos para apresentação sob a forma de poster ou comunicação (a seleccionar pela comissão científica) no IX CONGRESSO INTERNACIONAL HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL, a realizar de 7 a 9 de maio de 2018 em Coimbra (Anexo 1).

Referência 1:

Gouveia C, Azevedo J, Marques C, Grilo J, Macedo A, Pereira AT. Papel mediador da auto-compaixão na relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto. Submetido ao IX CONGRESSO INTERNACIONAL HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL, a realizar de 7 a 9 de maio de 2018 em Coimbra.

Referência 2:

Grilo J, Azevedo J, Marques C, Gouveia C, Macedo A, Pereira AT. Papel mediador da auto-compaixão na relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto. Submetido ao IX CONGRESSO INTERNACIONAL HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL, a realizar de 7 a 9 de maio de 2018 em Coimbra.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	4
RESUMO	5
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	9
MATERIAIS E MÉTODOS	12
RESULTADOS	17
DISCUSSÃO	21
AGRADECIMENTOS	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXOS	32

ABREVIATURAS

DP – Depressão Perinatal

EMP – Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett

ERDP – Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto

IC – Intervalo de confiança

PAO – Perfeccionismo auto-orientado

POO – Perfeccionismo orientado nos outros

PSP – Perfeccionismo socialmente prescrito

SCS – Self-Compassion Scale (Escala de Auto-Compaixão)

SMQ – Southampton Mindfulness Questionnaire

T0 – Tempo zero (Primeiro momento de aquisição de dados)

T1 – Tempo um (Segundo momento de aquisição de dados)

RESUMO

Introdução: A Depressão Perinatal (DP) constitui um grave problema de saúde pública, com consequências negativas no bem-estar da mãe e do seu filho. A literatura tem mostrado que competências de *mindfulness* e de auto-compaixão podem ser úteis na diminuição dos efeitos negativos que o perfeccionismo pode ter nos níveis de perturbação psicológica. Contudo, estas relações ainda carecem de melhor esclarecimento no período perinatal.

Objetivo: O presente estudo visa analisar o contributo do *mindfulness* e da auto-compaixão enquanto mediadores da relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto.

Materiais e Métodos: Participaram 108 grávidas que preencheram questionários de auto-resposta em dois momentos: no segundo trimestre de gravidez (T0) e no terceiro mês após o parto (T1). Foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (ERDP-21), Escala Multidimensional de Perfeccionismo (EMP), *Southampton Mindfulness Questionnaire* (SMQ) e Escala de Auto-Compaixão (SCS). No pós-parto, também foi efetuada uma entrevista diagnóstica - *Diagnostic Interview for Psychological Distress-Portpartum* (DIPD-PP).

Resultados: Verificou-se que as dimensões negativas da auto-compaixão (Auto-crítica, Isolamento e Sobre-identificação) em T0 correlacionaram-se positivamente com o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) em T0 e com a sintomatologia depressiva em T1. Foi ainda observada uma correlação positiva entre o PSP em T0 com a sintomatologia depressiva em T1. O *Mindfulness* não mostrou correlações significativas com qualquer uma das variáveis. Nos estudos de mediação verificou-se que a Auto-crítica e a Sobre-identificação são mediadores da relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto.

Discussão: O PSP parece ser um fator de risco para a sintomatologia depressiva no pós-parto, sendo este efeito mediado pela tendência destas mulheres para a auto-crítica e o auto-julgamento e para se identificarem excessivamente com os seus pensamentos e sentimentos negativos. Estes resultados sugerem a importância da intervenção focada na auto-compassão, na prevenção e tratamento da sintomatologia depressiva perinatal nas mulheres com elevado perfeccionismo negativo.

Palavras-chave: Perfeccionismo, Depressão Perinatal, Auto-compassão, *Mindfulness*, Estudo Prospetivo.

ABSTRACT

Introduction: Perinatal depression (PD) constitutes a significant public health problem that impacts negatively in the well-being of the mother and her baby. The literature has shown that *mindfulness* and self-compassion skills have some potential in reducing the negative effects of perfectionism and self-criticism. However, the nature of the relations between these variables needs further clarification in the perinatal period.

Objectives: The present study aims to investigate the mediating role of *mindfulness* and self-compassion in the relation between perfectionism and depressive symptomatology in postpartum.

Materials and Methods: 108 pregnant women participated in the study, by completing self-report questionnaires in two different moments: in the second trimester of pregnancy (T0) and in the third month of postpartum. The following instruments were used: Postpartum Depression Screening Scale (PDSS-21), Hewitt & Flett Multidimensional Perfectionism Scale, Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ) and Self-Compassion Scale (SCS). At postpartum, subjects were interviewed with the *Diagnostic Interview for Psychological Distress-Postpartum* (DIPD-PP).

Results: Negative dimensions of self-compassion (Self-Judgment, Isolation and Over-Identification) at T0 showed a positive correlation with Socially Prescribed Perfectionism (SPP) at T0 and with depressive symptomatology at T1. A positive correlation between depressive symptomatology at T1 and SPP at T1 was observed. In which respects *Mindfulness*, which was assessed with SMQ, no significant correlations were observed. Mediation analyses showed that Self-Judgment and Over-Identification are mediators of the relationship between perfectionism at T0 and depressive symptomatology at T1.

Discussion: SPP appears to be a risk factor for depressive symptomatology in postpartum, being this interaction mediated by the tendency for these women to have self-critical and self-

judgemental attitudes and to over-identify themselves with their negative thoughts and feelings. These results suggest the relevance of the compassion-focused therapy in the prevention and treatment of depressive symptomatology in the perinatal period in women with perfectionism traits.

Key words: Perfectionism, Perinatal Depression, Self-Compassion, Mindfulness, Prospective Study.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o período perinatal são períodos de elevado risco para o desenvolvimento ou recorrência de problemas de saúde mental [1], sendo a perturbação depressiva uma das mais frequentes [2] e com mais elevado impacto negativo na vida pessoal, familiar e social das mulheres [3].

De acordo com alguns estudos epidemiológicos, com amostras da população portuguesa, a Depressão Perinatal (DP) constitui um preocupante problema de saúde pública [4], com uma prevalência de 3,3% na gravidez e 11,0% no primeiro ano pós-parto [5], sendo um problema com consequências negativas, não apenas para as mulheres, mas também para os seus filhos [5]. Com efeito, a DP associa-se, a curto prazo, a aumento da morbilidade e mortalidade da criança, incluindo parto pré-termo e baixo peso à nascença [6]. A longo prazo, a DP contribui para temperamento difícil, hiperatividade, problemas emocionais e comportamentais, fracas competências sociais e problemas do sono durante a infância, bem como para maior risco de criminalidade e depressão na adolescência [6].

Segundo o DMS-5 [7], a DP diagnostica-se quando o episódio depressivo ocorre no período compreendido entre a gravidez e as primeiras quatro semanas após o parto. No entanto, este período é insuficiente [8] já que o período de maior risco ocorre entre o segundo e o terceiro meses após o parto [9].

Uma revisão recente da literatura evidenciou que os principais fatores de risco para a DP são: sintomatologia depressiva, afecto negativo e insónia durante a gravidez, história de depressão ao longo da vida, falta de apoio do companheiro, elevada percepção de stresse no último ano e traços de personalidade negativos, como o neuroticismo e o perfeccionismo [10]. Estes achados estão em consonância com os resultados obtidos em estudos realizados com amostras vastas e representativas da população portuguesa [11,12].

O perfeccionismo constitui uma disposição da personalidade caracterizada por padrões de desempenho excessivamente elevados, acompanhados de auto-avaliações excessivamente críticas [13]. Na conceptualização de Hewitt e Flett [14] este traço inclui dimensões intra e interpessoais, designadamente o Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO) o qual envolve comportamentos perfeccionistas que derivam e se direcionam para o próprio; o Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO) que emana do próprio, mas aqui, as exigências perfeccionistas são direcionadas aos outros; e o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) que envolve as exigências perfeccionistas que são percebidas como emanando dos outros e direcionadas para o próprio, sendo que este último, considerado mais negativo [15], tem sido associado a múltiplas condições psicopatológicas, incluindo a depressão, nomeadamente a depressão perinatal [12].

Recentemente, a investigação nesta área, tem-se focado em explorar variáveis que possam ter um efeito protetor da DP. Neste âmbito, o *mindfulness* e a auto-compaixão têm dado um contributo importante enquanto processos psicológicos positivos de regulação emocional [16]. Com efeito, têm-se revelado associados a menores níveis de sintomatologia depressiva no período perinatal [17,18,19,20]. A crescente acumulação destas evidências tem levado alguns autores a propor que as competências de *mindfulness* e de auto-compaixão possam ser úteis na diminuição dos efeitos negativos do perfeccionismo e do auto-criticismo nos níveis de perturbação psicológica [21,22]. No entanto estas relações ainda não foram investigadas no período perinatal.

Kabat-Zinn, define *Mindfulness* como “a prática de prestar atenção de um modo particular: com um propósito, ao momento presente e não ajuizando” [23]. O treino mental destes processos de atenção promove a libertação dos padrões cognitivos inúteis que conduzem ao sofrimento.

Relativamente à Auto-compaixão, Neff define-a como o estar aberto e receptivo ao próprio sofrimento, ao cultivar sentimentos de tolerância e amabilidade para com o próprio, ao adotar uma postura compreensiva e sem julgamentos em relação às próprias inadequações ou fracassos, reconhecendo ainda que essas experiências fazem parte da condição humana comum [24].

À luz do atual enquadramento teórico, o presente artigo pretende analisar se e quais as dimensões de *mindfulness* e de auto-compaixão podem desempenhar um papel mediador na relação entre o perfeccionismo e a sintomatologia depressiva no período perinatal. É expetável que os resultados encontrados possam orientar o desenvolvimento de programas de prevenção e de intervenção precoce, potenciando, assim, possíveis benefícios para a clínica nesta área específica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo observacional, correlacional e prospetivo foi realizado no âmbito do projeto de investigação “*Rastreio, prevenção e intervenção precoce na perturbação psicológica perinatal - Eficácia de um novo programa nos cuidados de saúde primários*”, aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Ref. 042-CE-2017), financiado pela FCT (PTDC/DTP-PIC/2449/2014).

Procedimentos

As participantes foram recrutadas na Maternidade Bissaya Barreto, enquanto esperavam pela sua consulta. Foi garantida a confidencialidade dos dados e todas as participantes deram o seu consentimento informado (Anexo 2), aceitando a participação voluntária no presente estudo.

Participantes

Participaram 108 mulheres com uma gravidez sem complicações médicas, que foram avaliadas no segundo trimestre de gravidez (T0: Média de semanas de gestação = 18,34±4,4) e no terceiro mês após o parto (T1: Idade média do bebé em semanas = 13,48±3,14). Na avaliação do pós-parto também foi feita uma entrevista clínica de diagnóstico.

A amostra foi composta por mulheres entre os 20 e os 44 anos, com uma idade média de 33,32 anos (±4,97). A grande maioria das participantes era de nacionalidade portuguesa (92,6%), sendo que as restantes nasceram em diversos países. Outras características sociodemográficas da amostra, tendo em conta os dados no T0, apresentam-se na tabela 1.

Tabela 1 – Características da Amostra em T0 (n=108).

	Mulheres
	n (%)
Estado Civil	
Solteira/ Nunca Casei	17 (15,7)
Viúva	1 (0,9)
Casada/ Vive com companheiro	84 (77,8)
Divorciada/ Separada	4 (3,7)
Outro	2 (1,9)
Grau de Escolaridade	
2º Ciclo	3 (2,8)
3º Ciclo	15 (13,9)
Secundário	36 (33,3)
Licenciatura	33 (30,6)
Mestrado	19 (17,6)
Doutoramento	2 (1,9)
Ocupação: situação atual	
A trabalhar	76 (70,4)
Desempregada	9 (8,3)
De baixa/ atestado	20 (18,5)
Outro	2 (1,9)
Nº de Filhos	
0 filhos	51 (47,2)
1 filho	51 (47,2)
2 filhos	6 (5,6)

No segundo mês após o parto, a maioria das mulheres estava a amamentar o bebé (n=59, 54,6%) e não recebia acompanhamento psicológico (n=102, 94,4%).

Com a realização da entrevista clínica diagnóstica (DIPD-PP) no pós-parto, apurou-se que 11,1% (n=12) das mulheres cumpriram critérios de diagnóstico para Depressão.

Instrumentos

Questionários de auto-preenchimento

Foram utilizados vários questionários de auto-resposta já validados para a população portuguesa (exceto um deles) e com boas propriedades psicométricas no período perinatal (Anexo 3). Foi dada opção de preencherem os questionários em papel ou através de um formulário *online*.

Escala de Rastreamento de Depressão Pós-Parto (ERDP-21) [25,26]

A versão portuguesa reduzida (21 itens) desta escala mostrou ser um instrumento válido, fidedigno e com boa acuidade para o rastreio da depressão pós-parto. A escala *Likert* de resposta aos itens varia de 1 (Discordo muito) a 5 (Concordo muito), correspondendo uma pontuação elevada a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva perinatal. Nesta amostra a consistência interna foi de .94 (alfa de Cronbach).

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett [27,28]

Neste estudo foi utilizada a versão reduzida (H&F – EMP13), constituída por apenas 13 itens, cotados numa escala de resposta de 1 (Discordo completamente) a 7 (Concordo completamente), sendo que, uma maior pontuação corresponde a níveis mais elevados de perfeccionismo. Esta escala mede três dimensões do perfeccionismo: o Perfeccionismo Auto-Orientado, o Perfeccionismo Socialmente Prescrito e o Perfeccionismo Orientado para os Outros. A consistência interna destas dimensões nesta amostra foi respetivamente de .87, .71, .59.

Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ) [29]

A escala avalia a capacidade para responder de forma *mindful* a pensamentos e imagens perturbadores. É composta por 16 itens, cotados numa escala de resposta de 0 (discordo fortemente) a 6 (Concordo completamente). Na sua versão original é um instrumento com uma boa fiabilidade e validade concorrente. Foi utilizada uma versão preliminar ainda não validada mas com consistência interna muito boa (alfa de Cronbach = .83).

Escala de Auto-Compaixão (SCS) [30,31,32]

A escala é constituída por 26 itens, cujas respostas são cotadas de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre). A SCS, segundo o modelo de Neff, permite avaliar três dimensões bipolares (seis subescalas) da auto-compaixão, nomeadamente: (1) auto-bondade ($\alpha=.85$) vs auto – criticismo ($\alpha=.85$): atitude calorosa e de compreensão para consigo mesmo por oposição a uma atitude crítica e de punição; (2) humanidade comum ($\alpha=.63$) vs isolamento ($\alpha=.66$): reconhecimento das próprias experiências como fazendo parte de uma experiência humana mais abrangente; (3) *mindfulness* ($\alpha=.82$) vs sobre-identificação ($\alpha=.83$): consciência equilibrada e aceitação de pensamentos e sentimentos, mesmo que dolorosos, sem uma identificação excessiva com estes.

A versão portuguesa desta escala mostrou ser um instrumento válido e fiável na avaliação da auto-compaixão em mulheres grávidas.

Entrevista Clínica de Diagnóstico - *Diagnostic Interview for Psychological Distress-Postpartum (DIPD-PP)* [9]

Entrevista diagnóstica desenvolvida com base nos critérios do DSM-5 (APA, 2013), na MINI *International Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0), na *Diagnostic Interview for*

Genetic Studies (DIGS) e *Anxiety Disorders Interview Schedule-IV* (ADIS-IV). Consiste numa entrevista clínica semiestruturada, com as questões agrupadas por diagnóstico, que avalia entre outros diagnósticos a Perturbação Depressiva *Major* no período pós-parto. A DIPD-PP pode ser usada em diferentes períodos de tempo, sendo que, no presente estudo foi administrada no terceiro mês após o parto.

Análise Estatística

O tratamento estatístico foi realizado no programa IBM SPSS *Statistics*, versão 23 para Windows. Começou-se por determinar estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão. Foram calculados os coeficientes α de Cronbach para avaliar a consistência interna das medidas utilizadas. O tamanho da amostra permitiu o uso de testes paramétricos. Nas análises de correlação foi usado o coeficiente de Pearson. A classificação da magnitude dos coeficientes de correlação, efetuou-se através dos critérios de Cohen (1992): baixa correlação se valor inferior a .199; correlação moderada se valor entre .200 e .499 e elevada se igual ou superior a .5 [33]. Para estudar os modelos de mediação múltipla serial foi utilizado a macro PROCESS para SPSS, modelo 6, desenvolvida por Hayes e colaboradores [34]. Esta macro utiliza o método *bootstrapping*, que permite avaliar os efeitos diretos e indiretos de variáveis de forma a maximizar o poder. O efeito indireto representa o impacto da variável do mediador na relação original (isto é, a relação da variável independente na variável dependente ou *outcome*). Se o valor 0 não estiver contido no Intervalo de Confiança (IC) a 95%, admite-se que a diferença entre os efeitos total e direto foi diferente de 0 e, portanto, que o efeito indireto é significativo. Preconizou-se como nível de significância aceitável um valor $p < .05$.

RESULTADOS

A. Correlações entre o perfeccionismo, a auto-compassão e o *mindfulness* na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto

A tabela 2 apresenta os coeficientes de correlação entre as dimensões do perfeccionismo, *mindfulness* e auto-compassão na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto.

A pontuação total na ERDP-21 (sintomatologia depressiva) no T1 correlaciona-se positiva e significativamente com o Perfeccionismo socialmente prescrito no T0 (correlação baixa) e com as dimensões negativas da auto-compassão no T0: Auto-crítica (correlação moderada), Isolamento (correlação baixa) e Sobre-identificação (correlação moderada).

Quanto às correlações entre as dimensões de perfeccionismo no T0 e as dimensões de auto-compassão verifica-se que o PSP correlaciona-se positiva e significativamente com a Auto-crítica, Isolamento e Sobre-identificação da SCS e negativamente com as dimensões Auto-bondade e *Mindfulness* da SCS.

No que diz respeito ao *mindfulness*, avaliado pelo SMQ, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas com as dimensões de perfeccionismo no T0 e com a sintomatologia depressiva no T1.

Tabela 2 – Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis medidas no T0 e as variáveis medidas no T1.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. PAO_T0 (EMP)										
2. POO_T0 (EMP)	NS									
3. PSP_T0 (EMP)	,219*	-,263**								
4. Autobondade_T0 (SCS)	NS	NS	-,321**							
5. Autocritica_T0 (SCS)	NS	NS	,434**	-,371**						
6. HumanidadeComum_T0 (SCS)	NS	NS	NS	,491**	NS					
7. Isolamento_T0 (SCS)	NS	,265**	,450**	-,203*	,607**	NS				
8. Mindfulness_T0 (SCS)	NS	NS	-,320**	,824**	-,265**	,546**	NS			
9. Sobreidentificação_T0 (SCS)	NS	NS	,328*	-,290**	,848**	NS	,571**	-,216*		
10. Mindfulness_T0 (SMQ)	NS	NS	NS	,303**	NS	0,519**	NS	,435**	NS	
11. ERDP21Total_T1	NS	NS	,204*	NS	,367**	NS	,2*	NS	,424**	NS

Legenda: EMP – Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett; SCS – Escala de Auto-Compaixão; SMQ – Southampton Mindfulness Questionnaire; ERDP-21 – Escala de Rastreo de Depressão Pós-Parto; PAO – Perfeccionismo auto-orientado; POO – Perfeccionismo orientado nos outros; PSP – Perfeccionismo socialmente prescrito.

*p<.05; ** p<.01; NS – não significativo

B. Papel mediador da auto-compassão na relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto

Tendo em conta o padrão de correlações anteriormente descrito (Tabela 2) foram testados três modelos de mediação simples, nos quais o preditor foi o perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) na gravidez, o *outcome* foi a sintomatologia depressiva no pós-parto (pontuação total na ERDP-21) e os mediadores foram, em cada modelo, as dimensões da auto-compassão correlacionadas com estes.

Modelo 1: Papel mediador do Auto-criticismo na relação entre o PSP na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto.

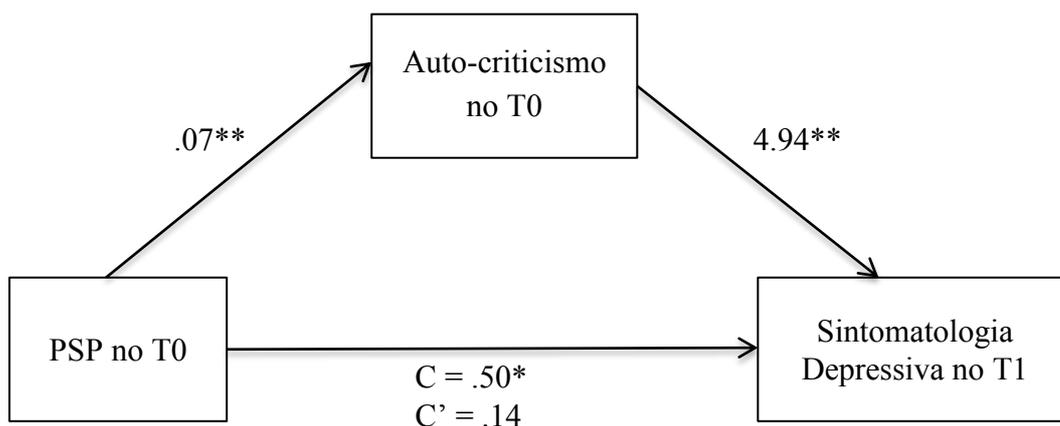


Fig.1 – Modelo de mediação simples 1. * $p < .05$; ** $p < .01$.

O efeito total do modelo revelou-se significativo, contrariamente ao efeito direto, que se mostrou não significativo. O efeito indireto demonstrou significância (*coeficiente* = .37) com IC 95% [.1788; .6362].

Modelo 2: Papel mediador do Isolamento na relação entre o PSP na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto.

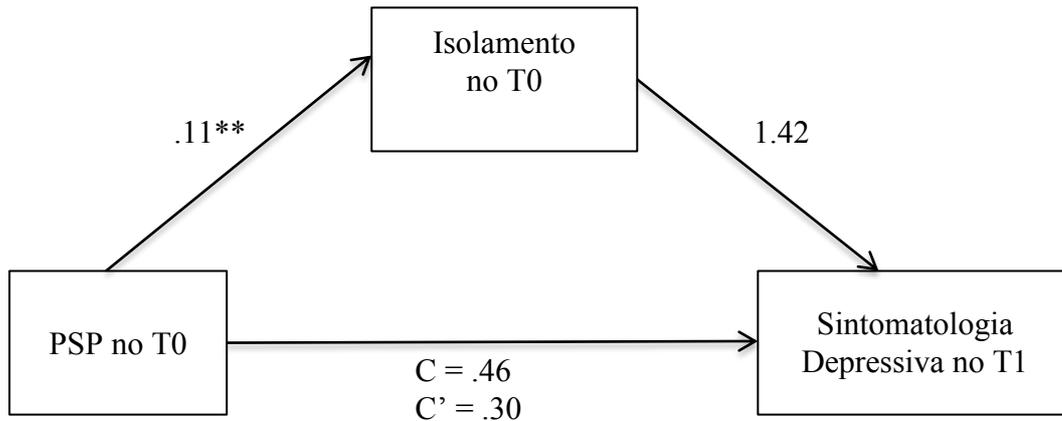


Fig. 2 – Modelo de mediação simples 2. * $p < .05$; ** $p < .01$.

Ambos os efeitos total e direto do modelo foram não significativos. Não houve efeito indireto (*coeficiente* = .16) com IC 95% [-.0947; .6615].

Modelo 3: Papel mediador da Sobre-identificação na relação entre o PSP na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto.

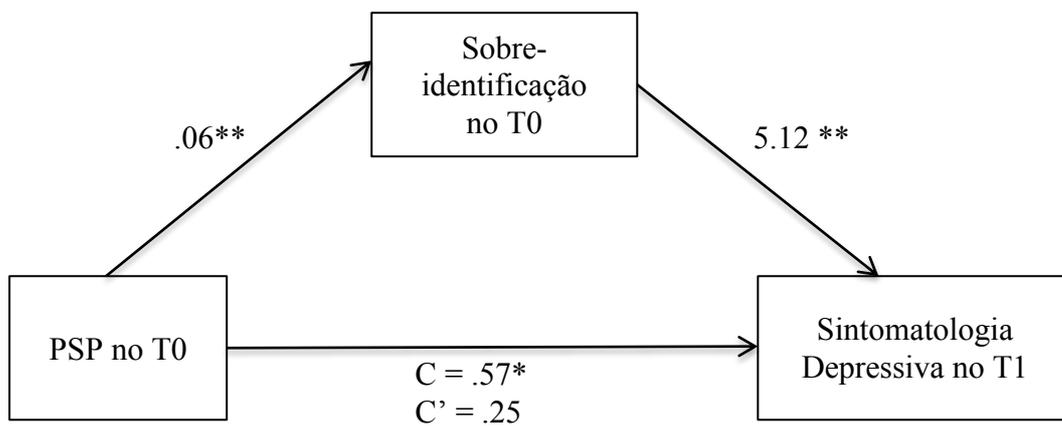


Fig. 3 – Modelo de mediação simples 3. * $p < .05$; ** $p < .01$.

A mediação apresentou um efeito total significativo, contrariamente ao efeito direto, que se mostrou não significativo. O efeito indireto foi significativo (*coeficiente* = .33) com IC 95% [.1296; .6304].

DISCUSSÃO

O presente estudo correlacional e prospetivo foi realizado no âmbito do projeto “*Rastreio, prevenção e intervenção precoce na perturbação psicológica perinatal - Eficácia de um novo programa nos cuidados de saúde primários*” do Instituto de Psicologia Médica da FMUC. O seu objetivo principal foi analisar se as competências de *mindfulness* e de auto-compaixão podem desempenhar um papel mediador na relação entre o perfeccionismo avaliado na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto.

O perfeccionismo é um constructo complexo e multidimensional que compreende aspectos adaptativos e mal-adaptativos, também referidos como perfeccionismo positivo e perfeccionismo negativo, respectivamente [35]. Segundo a literatura o perfeccionismo auto-orientado (PAO) tem sido descrito como mais adaptativo [14]. Em consonância com o que tem vindo a ser apontado por outros estudos [12], os nossos resultados mostraram que esta dimensão específica do perfeccionismo não está associada à sintomatologia depressiva no pós-parto, o que apoia a ideia que este tipo de perfeccionismo possa ser menos pernicioso. De acordo com Chan, o perfeccionismo positivo pode ser benéfico uma vez que os indivíduos, apesar de exibirem padrões pessoais elevados, conseguem reconhecer e aceitar as suas limitações e erros, levando a níveis adequados de desempenho e satisfação pessoal [36].

Já em relação ao perfeccionismo socialmente prescrito (PSP), descrito como mal-adaptativo [14], este mostrou ser um correlato e fator de risco da sintomatologia depressiva no pós-parto, o que é congruente com os estudos efetuados anteriormente [12]. De facto, este perfeccionismo mal-adaptativo, manifestado na gravidez, pode ser um gerador de stresse ao fomentar na mulher grávida dúvidas e auto-críticas sobre a sua capacidade de ser uma boa mãe, de ser capaz de cuidar adequadamente da criança, ou de não ser capaz de desempenhar a sua atividade profissional e social como anteriormente [37].

O PSP mostrou, ainda, ter uma correlação positiva e significativa com as dimensões negativas da auto-compaixão: Auto-crítica, Isolamento e Sobre-identificação. Isto é, os resultados sugerem que, quanto maior é o grau de perfeccionismo das grávidas, maior é a tendência para manifestarem uma atitude mais crítica, avaliativa e de auto-julgamento, experienciarem maiores sentimentos de isolamento e manifestarem uma maior sobre-identificação com os pensamentos e sentimentos negativos ou desencadeadores de sofrimento.

Os resultados deste estudo confirmam também os encontrados por diversos estudos [18,38], revelando que a auto-compaixão, em particular as suas dimensões negativas, estão prospectivamente associadas à sintomatologia depressiva no pós-parto.

Com base nestes achados foram testados modelos de mediação sequencial, de forma a compreender o potencial papel mediador das competências de *mindfulness* e das dimensões da auto-compaixão. Os modelos de mediação mostraram as vias de influência longitudinal entre o perfeccionismo negativo, determinadas dimensões negativas da auto-compaixão e a sintomatologia depressiva.

O perfeccionismo, na sua dimensão negativa, não teve um efeito direto na sintomatologia depressiva no T1, exibindo apenas um efeito indireto através da dimensão Auto-crítica e Sobre-identificação. O mesmo é dizer que o PSP parece ser um fator de vulnerabilidade para a sintomatologia depressiva no pós-parto, sendo este efeito mediado pela forma como estas mulheres lidam com a sua experiência interna, nomeadamente, criticando-se e julgando-se de forma negativa, bem como identificando-se excessivamente com os seus pensamentos e sentimentos negativos. Por último, a dimensão de Isolamento da auto-compaixão não mostrou qualquer efeito mediador na relação entre o perfeccionismo e a sintomatologia depressiva no T1.

Confirma-se assim a hipótese de que dimensões negativas da auto-compaixão (Auto-criticismo e Sobre-identificação) são mediadores da relação entre perfeccionismo negativo e sintomatologia depressiva ao longo do período perinatal.

Relativamente ao papel do *mindfulness*, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas com a sintomatologia depressiva no pós-parto. Este achado está em parte de acordo com a investigação realizada com mulheres grávidas. Com efeito, uma meta-análise recente mostrou que as terapias baseadas no *mindfulness* parecem mostrar algum benefício na redução de sintomatologia ansiosa e depressiva em mulheres grávidas, ainda que os resultados não tenham mostrado significância estatística, sugerindo a necessidade de estudos mais robustos e controlados nesta área [39]. A ausência de associação significativa entre o *mindfulness* e a sintomatologia depressiva, achado contrário aos apresentados noutros estudos com amostras de mulheres portuguesas no período perinatal, em que a sintomatologia depressiva foi também avaliada com a ERDP [17,19,40,41], pode dever-se ao facto de o instrumento utilizado neste estudo ter sido outro, ainda não validado para a população portuguesa. Apesar da sua consistência interna nesta amostra ser boa [42], estudos preliminares ainda não publicados têm levantado reservas relativamente à sua validade de construto; mesmo a nível internacional ainda são poucos os estudos relativos à validade deste questionário [43]. De realçar a pertinência de continuar a investigação neste tópico uma vez que, segundo Hall e colaboradores, terapias baseadas no *mindfulness* permitem o desenvolvimento de competências que são importantes para as mulheres grávidas e as recém-mães [44].

Um dos pontos fortes do estudo foi a realização da entrevista clínica diagnóstica (DIPD-PP), que permitiu o diagnóstico clínico. O valor da prevalência de depressão pós-parto encontrado foi semelhante ao dos estudos já realizados [5], evidenciando que, apesar de pequena, esta amostra parece ser representativa. De salientar ainda o seu desenho

longitudinal, com avaliação em dois momentos diferentes ao longo do período perinatal.

É ainda importante referir a existência de algumas limitações deste estudo. As mulheres com acompanhamento psicológico (n=6; 5,6%), não foram excluídas da amostra. Esta percentagem, apesar de reduzida, pode ter influenciado os resultados. Futuramente, seria interessante replicar o estudo, com uma amostra de maior tamanho, já que a recolha de dados continua em curso.

Em conclusão, o presente estudo permitiu uma maior compreensão das relações entre o perfeccionismo, a auto-compaixão e a sintomatologia depressiva ao longo do período perinatal, mostrando a importância de investigação futura relativamente à utilização da terapia focada na auto-compaixão na prevenção e no tratamento da perturbação depressiva perinatal. Nomeadamente, é possível que atitudes mais compassivas para consigo própria ajudem a lidar com crenças disfuncionais pré-existentes sobre a percepção das exigências da maternidade e do fracasso em lidar com elas, típicas das mulheres com elevado perfeccionismo negativo. Por outras palavras, mulheres com níveis mais elevados de auto-compaixão poderão apresentar uma menor tendência para se julgar ou criticar quando confrontadas com sentimentos e experiências negativas, estando mais disponíveis para aceitar essas vivências como parte da experiência comum da parentalidade [24], o que pode conduzir a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva. De notar que estas competências são úteis, não só para a mãe, mas também para a criança, na medida em que estas mães poderão ser mais capazes de compreender e responder adequadamente às necessidades da sua criança. Acrescente-se ainda que as competências de auto-compaixão podem ser ensinadas e desenvolvidas através de programas de intervenção específicos [45,46].

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor António Macedo pela oportunidade de integrar o Serviço de Psicologia Médica da FMUC, pelos ensinamentos e por ser um exemplo de interesse pela investigação e rigor científico.

Um sincero e reconhecido agradecimento à Doutora Ana Telma Pereira por ter aceite co-orientar esta tese, por todos os conhecimentos transmitidos, pela sua disponibilidade e interesse com que acompanhou o presente trabalho. Ainda, pela simpatia, incentivo e imensa paciência que demonstrou .

Agradeço ainda à Doutora Cristiana Marques pela disponibilidade e atenção dispensada.

O meu obrigada a todas as grávidas que colaboraram nesta investigação, tornando possível este trabalho.

Um especial agradecimento aos meus pais pelo apoio incondicional e por fazerem de mim quem sou.

Aos meus irmãos, ao Alexandre, à Mariana e a todos os meus amigos por estarem sempre presentes.

A todos o meu mais sincero obrigada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cree, M. (2010). Compassion focused therapy with perinatal and mother-infant distress. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 159-171.
2. Meltzer-Brody, S. (2011). New insights into perinatal depression: Pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 89-100.
3. NECCR. (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Developmental Psychology*, 35(5), 1297-1310.
4. Pereira AT, Xavier S, Azevedo J, Bento E, Marques C, Carvalho R, ... & Macedo A. (2016). Predictive ability of the Perinatal Depression Screening and Prevention Tool – Preliminary results of the dimensional approach. *BMC Health Services Research*, 16(3), 17.
5. Maia, B. R., Marques, M., Bos, S., Pereira, A. T., Soares, M. J., Valente, J., ... Azevedo, M. H. (2011). Epidemiology of perinatal depression in Portugal: categorical and dimensional approach. *Acta Médica Portuguesa*, 24 Suppl 2, 443-8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22849933>
6. Pereira AT, Soares MJ, Bos S, Marques M, Maia B, Valente J, Nogueira V, Madeira N, Azevedo MH, Macedo A (2014a). Why should we screen for perinatal depression? Ten reasons to do it. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*. 1:10.
7. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Washington DC, USA: American Psychiatric Association.
8. Sharma, V., & Mazmanian, D. (2014). The DSM-5 peripartum specifier: Prospects and pitfalls. *Archives of Women's Mental Health*, 17(2), 171-173.

9. Pereira, A. T., Marques, C., Xavier, S., Azevedo, J., Soares, M. J., Bento, E., Marques, M., Nogueira, V., & Macedo, A. (2017). Prevalence and incidence of postpartum major depression (DSM-5) in Portuguese women. In G. Anderson (Ed.). *Postpartum depression: Prevalence, risk factors and outcomes* (pp. 61-84). New York: Nova Science Publishers.
10. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders, 191*, 62-77.
11. Marques M, Pereira AT, Bos S, Maia B, Soares MJ, Marques C, Azevedo J, Xavier S, Macedo A (2017). Risk factors for postpartum depression: dimensional and categorical approach. In *Postpartum Depression: Prevalence, Risk Factors and Outcomes*. Nova Science Publishers. New York, USA (in press).
12. Maia BR, Macedo A, Pereira AT, Marques M, Bos S, Soares MJ, Valente J, Azevedo MH (2012). The Role of Perfectionism in Perinatal Depressive Disorder (ICD-10/DSM-IV) and Symptomatology (BDI-II/PDSS). *Archives of Women Mental Health. Archives of women's mental health, 15*(6), 459-468.
13. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research, 14*(5), 449-468.
14. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology, 60*, 456-470.
15. Macedo A. (2012). Perfeccionismo – O conceito. In A. Macedo (Coord.) *Ser ou não ser (perfeito)? Perfeccionismo e Psicopatologia*. (pp. 1-13). Lisboa: Lidel. ISBN: 9789727579365.

16. Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In M. Robinson, B. Meier & B. Ostafin (Eds.), *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). New York: Springer.
17. Azevedo J, Marques M, Xavier S, Bento E, Marques C, Soares MJ, Macedo A, Pereira AT (2017). Mindfulness and Perinatal Depression. In *Postpartum Depression: Prevalence, Risk Factors and Outcomes*. Nova Science Publishers. New York, USA (*in press*).
18. Marques C, Martins MJ, Marques M, Azevedo J, Bento E, Xavier S, Soares MJ, Macedo A, Pereira AT (2017). Self-compassion and perinatal depression In *Postpartum Depression: Prevalence, Risk Factors and Outcomes*. Nova Science Publishers. New York, USA (*in press*).
19. Pereira AT, Xavier, S, Bento E, Azevedo J, Marques M, Soares MJ, Freitas V, Pinto AM, Roque C, Macedo A. Mindfulness, Self-Compassion and depressive symptoms in pregnant women. *European Psychiatry*. 2016; 33S: S519.
20. Marques C, Macedo A, Azevedo J, Xavier S, Soares MJ, Martins V, Marques M, Pereira AT (2017, março). O efeito protetor da auto-compassão no período perinatal. Poster apresentado nas 1as Jornadas da Unidade de Psicologia Clínica do CHUC, Coimbra, Portugal.
21. Kaap-Deeder J, Soenens B, Boone L, Vandenkerckhove B, Stengée E, Vansteenkiste M (2016). Evaluative concerns perfectionism and coping with failure: Effects on rumination, avoidance, and acceptance. *Personality and Individual Differences*. 101:114-119.
22. Somov PG (2010). *Present perfect: a mindfulness approach to letting go of perfectionism and the need for control*. Oakland CA: New Harbinger Publications, Inc.

23. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
24. Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
25. Pereira, A. T., Bos, S., Marques, M., Maia, B., Soares, M. J., Valente, J., ... MacEdo, A. (2013). Short forms of the Postpartum Depression Screening Scale: As accurate as the original form. *Archives of Women's Mental Health*, 16(1), 67-77.
26. Marques C, Xavier S, Azevedo J, et al. Confirmatory factor analysis of the Postpartum Depression Screening Scale-21 in a sample of Portuguese women. *European Psychiatry* 2017; 41: S241.
27. Soares MJ, Pereira AT, Araújo A, Silva D, Amaral AP, Valente J, Nogueira V, Roque C, Macedo A. The H&F-Multidimensional Perfectionism Scale 13 (H&F-MSP13): Construct and convergent validity. *European Psychiatry*. 2016; 33S: S345
28. Soares, M. J., Marques, C., Pereira, A. T., Araújo, A. I., Madeira, N., Nogueira, V., & Macedo, A. (2017). Confirmatory factor analysis of the Hewitt & Flett Multidimensional Perfectionism Scale-13 (H&F-MPS13). *European Psychiatry*, 41, S257.
29. Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 451-455.
30. Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
31. Castilho P, & Pinto-Gouveia J (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da Versão Portuguesa da Escala de Auto-compaixão e da sua relação com as experiências

- adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychological*, 54, 203-229.
32. Bento E, Xavier S, Azevedo J, Marques M, Freitas V, Soares MJ, Martins MJ, Xavier A, Castilho P, Morais S, Macedo A, Pereira AT. Validation of the Self-Compassion Scale in a community sample of Portuguese pregnant women. *European Psychiatry*. 2016; 33S: S282.
33. Cohen J. A Power Primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155-9.
34. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. 1o edição. Guilford Press; 2013.
35. Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*.
36. Chan DW. Perfectionism and the Striving for Excellence. *Educ Res J*. 2008;23(1):1-19.
37. Buist A (2006) Perinatal depression. Assessment and management. *Aust Fam Physician* 35(9):670-673.
38. Felder, J. N., Lemon, E., Shea, K., Kripke, K., & Dimidjian, S. (2016). Role of self-compassion in psychological well-being among perinatal women. *Archives of women's mental health*, 19(4), 687-690.
39. Dhillon, A., Sparkes, E., & Duarte, R. V. (2017). Mindfulness-Based Interventions During Pregnancy: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 8(6), 1421-1437.
40. Xavier S, Azevedo J, Bento E, Marques M, Soares MJ, Martins MJ, Castilho P, Nogueira V, Macedo A, Pereira AT. Mindfulness, Self-Compassion and Psychological Distress in pregnant women. *European Psychiatry*. 2016; 33S: S603.

41. Azevedo J, Xavier S, Bento E, Marques C, Marques M, Rodrigues A, Macedo A, Pereira AT. Does Mindfulness and Self-Compassion in pregnancy influence depressive and anxiety symptoms levels in the postpartum? A preliminary prospective study. Poster presented at the 18th European Conference on Personality; Timisoara, Romania, 19-22 July 2016.
42. McIntire, S. A., & Miller, L. A. (2007). *Foundations of psychological testing: A practical approach*. Sage.
43. Park, T., Reilly-Spong, M., & Gross, C. R. (2013). Mindfulness: a systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome (PRO). *Quality of Life Research*, 22(10), 2639-2659.
44. Hall, H., Beattie, J., Lau, R., East, C., & Biro, M. (2015). The effectiveness of mindfulness training on perinatal mental health; a systematic review. *Women and Birth*, 29(1), 62-71.
45. Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind*. London: Constable.
46. Neff, K., & Germer, C. (2012). A pilot study of randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*.

ANEXOS

ANEXO 1

Título: Papel mediador da auto-compaixão na relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto

Carolina Pinto Gouveia¹, Julieta Azevedo², Cristiana Marques², João Grilo¹, António Macedo² e Ana Telma Pereira²

¹Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

²Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

O objetivo deste estudo correlacional e prospectivo foi analisar se o *mindfulness* e a auto-compaixão são mediadores da relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto. 108 mulheres grávidas preencheram questionários validados, no segundo trimestre de gravidez (T0) e no terceiro mês após o parto (T1). As dimensões negativas da auto-compaixão (Auto-crítica, Isolamento e Sobre-identificação) em T0 correlacionaram-se positiva e moderadamente ($\cong .30$) com o perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) em T0 e com a sintomatologia depressiva em T1; o PSP em T0 também se correlacionou significativamente com a sintomatologia depressiva em T1. A Auto-crítica e a Sobre-identificação foram mediadores da relação entre o perfeccionismo/T0 e a sintomatologia depressiva/T1. A intervenção focada na auto-compaixão poderá ser útil na prevenção e tratamento da sintomatologia depressiva perinatal nas mulheres com elevado perfeccionismo negativo.

Título: Papel mediador das cognições disfuncionais relacionadas com a maternidade e do pensamento repetitivo negativo na relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto

João Grilo¹, Julieta Azevedo², Cristiana Marques², Carolina Pinto Gouveia¹, António Macedo² e Ana Telma Pereira²

¹Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

²Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

O objetivo deste estudo correlacional e prospectivo foi analisar se as crenças disfuncionais face à maternidade e o pensamento repetitivo negativo (PRN) são mediadores da relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto. 108 mulheres grávidas preencheram questionários validados no segundo trimestre de gravidez (T0) e no terceiro mês após o parto (T1). O perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) em T0 correlacionou-se positiva, moderada ($\geq .30$) e significativamente com o PRN, com as *Crenças Relacionadas com o Julgamento dos Outros* e com a sintomatologia depressiva em T1 e estas também se correlacionaram significativamente entre si. A influência do perfeccionismo na sintomatologia depressiva perinatal parece operar pela via deste traço aumentar os níveis das cognições disfuncionais relacionadas com a maternidade e o pensamento repetitivo negativo acerca destas. Intervenções que diminuam o impacto destes conteúdos e processos cognitivos poderão assim ser úteis na prevenção e tratamento da sintomatologia depressiva perinatal nas mulheres com elevado perfeccionismo negativo.

ANEXO 2

Consentimento Informado



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
PSICOLOGIA MÉDICA



INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO BEM-ESTAR NA GRAVIDEZ

É convidada a participar voluntariamente neste estudo por estar grávida e por ser seguida num Centro de Saúde e/ou Hospital da região centro. Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre o rastreio, diagnóstico, prevenção e intervenção precoce na depressão e ansiedade perinatais.

O Investigador ou outro membro da equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

Este estudo irá decorrer no Serviço de Psicologia Médica da Universidade de Coimbra em colaboração com o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com os seguintes objectivos: 1. analisar a capacidade preditiva de um novo instrumento de auto-resposta intitulado "Rastreio e Prevenção da Depressão e Ansiedade Perinatais"; 2. testar a eficácia de um programa de prevenção e/ou intervenção precoce desenvolvido pela nossa equipa de investigação.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a protecção dos direitos, segurança e bem-estar de todas as participantes incluídas e a garantir prova pública dessa protecção. Serão incluídas aproximadamente 500 participantes.

Se aceitar participar iremos solicitar o preenchimento de um questionário de auto-resposta, no segundo trimestre de gravidez, cujas perguntas são sobre sintomas e factores de risco da/para a depressão e ansiedade perinatais. **O preenchimento pode ser em papel ou no computador**, conforme a sua preferência; se preferir preencher no computador, iremos pedir-lhe o seu e-mail, para lhe enviarmos um *link* que permite aceder ao questionário *on-line*.

Conforme as suas respostas ao questionário, poderemos ou não convidá-la a participar num estudo de prevenção/intervenção precoce. As participantes serão distribuídas aleatoriamente por uma das duas condições: 1. grupo experimental – participam no programa de prevenção/intervenção precoce além da prestação de cuidados de rotina; 2. grupo de controlo: apenas com prestação de cuidados de rotina. O programa inclui oito sessões, de aproximadamente uma hora e meia cada, em pequenos grupos (n=8). As despesas relativas às deslocações para participar no programa serão reembolsadas através de bens de consumo necessários no período pós-parto (por exemplo, fraldas).

Aproximadamente no segundo e no sexto meses após o parto, voltaremos a solicitar-lhe o preenchimento de um questionário de auto-resposta. Nestes momentos iremos também fazer-lhe uma breve entrevista acerca do seu estado de humor.

A sua participação não acarreta qualquer risco. As avaliações necessárias serão feitas em data e local a combinar e de acordo com a sua preferência.



Pre vemos que as mulheres que participem no programa de prevenção/intervenção precoce durante a gravidez tenham uma menor probabilidade de desenvolver sintomas de depressão e ansiedade no período pós-parto.

A verificar-se este resultado esperado, as mulheres que não participem nos programas (grupos de controlo) terão oportunidade de participar em programas adaptados à fase do período perinatal em que se encontrem.

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Se não estiver interessado em participar, a sua relação com o seu médico assistente não será prejudicada. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios. Ser-lhe-á pedido para informar o investigador, se decidir retirar o seu consentimento.

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional. Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 707
e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Doutora Ana Telma Fernandes Pereira
Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Rua Larga, 3004-504 Coimbra
Telefone: 239857700
Telemóvel: 964404676
E-mail: apereira@fmed.uc.pt; bemestarperinatal.fmuc@gmail.com

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A
OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO
RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.



CONSENTIMENTO INFORMADO

Código:

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas actualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objectivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao investigador responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.

8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome da Participante _____

Assinatura : _____ *Data*: ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objectivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ *Data*: ____/____/____

ANEXO 3



Bem-estar na Gravidez

Código:

Nome: _____

Morada (incluindo código postal): _____

Telemóvel: _____

E-mail: _____

Data de preenchimento: ____/____/20__

Data prevista do parto: ____/____/20__

FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

COMPETE
2020



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Serviço de Psicologia Médica



Por favor, complete a informação seguinte:

1. Qual a sua data de nascimento? _____ / _____ /19 _____

2. Em que país nasceu?

3. Qual é o seu estado civil actual? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

Solteira

Viúva

Casada/ Em união de facto

Divorciada/Separada

Outro, qual?

4. Qual é o seu grau de escolaridade? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

1º Ciclo (até ao quarto ano)

2º Ciclo (até ao sexto ano)

3º Ciclo (até ao nono ano)

Secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro, qual?

5. Qual é a sua profissão?

5.1. Situação actual perante o trabalho:

A trabalhar

Desempregada

De baixa/atestado

Outra, qual?

6. Está grávida de quantas semanas? _____ semanas

7. Quantos filhos tem? _____ filhos

Continua na página seguinte.

II.

De seguida fazemos algumas perguntas sobre a sua **SAÚDE NO PASSADO (até esta gravidez)**.

Por favor, coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. Alguma vez teve **duas semanas ou mais** na sua vida em que se sentiu desanimada, triste, deprimida ou em baixo sem ter interesse e gosto pelas coisas?

Não Sim

Se “não”, por favor continuar na página seguinte, pergunta 2:

Se “sim”, por favor responda às seguintes perguntas:

<p>1.1. Isso afectou muito a sua vida? (ex. trabalho, tarefas domésticas, relações com família ou amigos)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO</p>
<p>1.2. Procurou ajuda profissional por causa disso?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
<p style="text-align: center;">Se “sim”, por favor indique qual:</p> <p><input type="checkbox"/> Médico de família <input type="checkbox"/> Médico psiquiatra <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____</p>
<p>1.3. Tomou medicamentos por causa disso?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
<p>1.4. Alguma vez se sentiu assim durante uma gravidez?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Esta é a primeira gravidez</p>
<p>1.5. Alguma vez se sentiu assim depois de um parto?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Esta é a primeira gravidez</p>

2. Alguma vez teve outro problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?

Não Sim

Se “sim”, por favor descreva brevemente:

(Exemplos: Ansiedade; Stresse; Perturbação do Comportamento Alimentar; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Psicose; Perturbação Afectiva Bipolar; Esquizofrenia; Outra...)

Se “sim”, por favor responda às seguintes perguntas:

2.1. Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sentia ou agia?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
2.2. Alguma vez teve um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
2.3. Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

(não preencher)

FR

III.

Seguem-se algumas perguntas acerca do **ÚLTIMO ANO, incluindo esta gravidez.**

Por favor, coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. No último ano, teve algum acontecimento de vida negativo que lhe causou muito stresse?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
(Exemplos: Separação/divórcio; Violência doméstica; Falecimento de um ente querido; Doença grave; Desemprego...)		

2.1. Como descreve a relação com o seu companheiro/marido/namorado?	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Má		
	<input type="checkbox"/> Não tenho companheiro/marido/namorado				
2.2. Recebe a ajuda e o apoio emocional de que necessita da parte do seu companheiro/marido/namorado?	1 <input type="checkbox"/> Nada	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	<input type="checkbox"/> Não tenho companheiro/marido/namorado				
2.3. Recebe a ajuda e o apoio emocional de que necessita da parte de outros familiares ou amigos?	1 <input type="checkbox"/> Nada	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre

(não preencher)

FR

Continua na página seguinte.



Bem-estar no Pós-parto (2 meses)

Código:

Nome: _____

Morada (incluindo código postal): _____

Telemóvel: _____

E-mail: _____

Data de preenchimento: ____/____/20__

Data prevista do parto: ____/____/20__

FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

COMPETE
2020



C

FHUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Serviço de Psicologia Médica

I.

Por favor, complete a informação seguinte:

1. Quando é que nasceu o/a seu/sua bebé? ____/____/20____
2. Que idade tem o/a seu/sua bebé? _____
3. Como é que está a alimentar o seu bebé?
 - Mama
 - Biberão
 - Misto (mama + biberão)

II.

Em seguida gostaríamos de saber como tem sido a sua **saúde nos últimos dois meses**.
Por favor, coloque uma **crux (X)** no quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. Teve alguma **complicação ou problema de saúde nos últimos dois meses** que a levaram a procurar ajuda médica?
 - a.** Não
 - b.** Sim, tive problemas médicos ligeiros. **Se “sim”, por favor indique:**
 - b1.** não recorri ao médico
 - b2.** tratados pelo médico de família
 - b3.** hospital (urgência, consulta)
 - c.** Sim, tive problemas médicos importantes. **Se “sim”, por favor indique:**
 - c1.** tratados em consulta de especialidade
 - c2.** tratados em internamento
 - d.** Sim, tive problemas nervosos. **Se “sim”, por favor indique:**
 - d1.** tratados pelo médico de família
 - d2.** tratados em consulta por técnico de saúde mental (psiquiatra; psicólogo...)
 - d3.** tratados no hospital (internamento)

III.

Seguem-se algumas perguntas acerca do **ÚLTIMO ANO, incluindo esta gravidez.**

Por favor, coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

<p>1. No último ano, teve algum acontecimento de vida negativo <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><u>que lhe causou muito stresse?</u></p> <p>(Exemplos: Separação/divórcio; Violência doméstica; Falecimento de um ente querido; Doença grave; Desemprego...)</p>

<p>2.1. Como descreve a relação com o seu companheiro/marido/namorado?</p>	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Má		
	<input type="checkbox"/> Não tenho companheiro/marido/namorado				
<p>2.2. Recebe a ajuda e o apoio emocional de que necessita da parte do seu companheiro/marido/namorado?</p>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	Nada	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	<input type="checkbox"/> Não tenho companheiro/marido/namorado				
<p>2.3. Recebe a ajuda e o apoio emocional de que necessita da parte de outros familiares ou amigos?</p>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	Nada	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (ERDP-21)

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mães podem ter **DEPOIS DO NASCIMENTO** do seu bebé. Escolha a resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido no **ÚLTIMO MÊS**. Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.

NO ÚLTIMO MÊS, EU...

	1	2	3	4	5
	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
1. tive dificuldades em dormir mesmo quando o meu bebé dormia.	1	2	3	4	5
2. já não sabia quem eu era.	1	2	3	4	5
3. senti-me um fracasso como mãe.	1	2	3	4	5
4. senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida).	1	2	3	4	5
5. tive medo de nunca mais voltar a ser feliz.	1	2	3	4	5
6. senti que estava a perder o juízo.	1	2	3	4	5
7. senti que estava a tornar-me uma estranha para mim própria.	1	2	3	4	5
8. pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.	1	2	3	4	5
9. acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer.	1	2	3	4	5
10. senti altos e baixos nas minhas emoções.	1	2	3	4	5
11. pensei que estava a enlouquecer.	1	2	3	4	5
12. tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.	1	2	3	4	5
13. quis fazer mal a mim própria.	1	2	3	4	5
14. dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).	1	2	3	4	5
15. senti-me nervosa pela mínima coisa relacionada com o meu bebé.	1	2	3	4	5
16. tenho andado muito irritável.	1	2	3	4	5
17. tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.	1	2	3	4	5
18. senti que tinha de esconder o que pensava ou sentia pelo meu bebé.	1	2	3	4	5
19. senti que o meu bebé estaria melhor sem mim.	1	2	3	4	5
20. tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa.	1	2	3	4	5
21. só queria deixar este mundo.	1	2	3	4	5

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett

A seguir temos uma lista de afirmações sobre características ou traços pessoais. Assinale com um círculo, o número que melhor corresponde ao seu grau de acordo ou desacordo, relativamente a cada uma das afirmações.

	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo completamente	Discordo bastante	Provavelmente discordo	Indeciso	Provavelmente concordo	Concordo bastante	Concordo completamente
1. Um dos meus objetivos é ser perfeita em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
2. Pouco me importa que alguém, das pessoas que me rodeiam, não dê o seu melhor.	1	2	3	4	5	6	7
3. Raramente sinto o desejo de ser perfeita.	1	2	3	4	5	6	7
4. Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má qualidade, pelas pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
5. Faço tudo o que posso para ser tão perfeita quanto possível.	1	2	3	4	5	6	7
6. Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
7. Esforço-me para ser a melhor em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
8. De mim, não exijo menos do que a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
9. Quando estabeleço os meus objetivos, tendo para a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
10. As outras pessoas aceitam-me como sou, mesmo quando não sou bem sucedida.	1	2	3	4	5	6	7
11. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.	1	2	3	4	5	6	7
12. As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar.	1	2	3	4	5	6	7
13. É-me indiferente que um bom amigo não tente fazer o seu melhor.	1	2	3	4	5	6	7

Escala de Auto-compaixão (SCS)

Como é que, habitualmente, se comporta em momentos difíceis? Indique qual a frequência com que se comporta das seguintes formas, utilizando a seguinte escala:

	1	2	3	4	5
	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações.	1	2	3	4	5
2. Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecada com tudo aquilo que está errado.	1	2	3	4	5
4. Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separada e desligada do resto do mundo.	1	2	3	4	5
5. Tento ser carinhosa comigo própria quando estou a sofrer emocionalmente.	1	2	3	4	5
6. Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação.	1	2	3	4	5
7. Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.	1	2	3	4	5
8. Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e dura comigo mesma.	1	2	3	4	5
9. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).	1	2	3	4	5
10. Quando me sinto inadequada de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo.	1	2	3	4	5
11. Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspectos da minha personalidade que não gosto.	1	2	3	4	5
12. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim própria a ternura e afecto que necessito.	1	2	3	4	5
13. Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.	1	2	3	4	5
14. Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.	1	2	3	4	5
15. Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana.	1	2	3	4	5
16. Quando vejo aspectos de mim própria que não gosto fico muito em baixo.	1	2	3	4	5
17. Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspectiva (não dramatizo).	1	2	3	4	5
18. Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis.	1	2	3	4	5
19. Sou tolerante e afectuosa comigo mesma quando experiencio sofrimento.	1	2	3	4	5
20. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
21. Posso ser bastante fria e dura comigo mesma quando experiencio sofrimento.	1	2	3	4	5
22. Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.	1	2	3	4	5
23. Sou tolerante com os meus erros e inadequações.	1	2	3	4	5
24. Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância.	1	2	3	4	5
25. Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinha no meu fracasso.	1	2	3	4	5
26. Tento ser compreensiva e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto.	1	2	3	4	5

Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ)

Por favor, classifique o quanto concorda com cada afirmação, colocando um círculo à volta do número que melhor descreve o que se passa consigo.

0	1	2	3	4	5	6
Discordo totalmente	Discordo fortemente	Discordo levemente	Não sei	Concordo levemente	Concordo fortemente	Concordo totalmente

Habitualmente, quando tenho pensamentos ou imagens perturbadoras...

1. Sou capaz de reparar neles, sem lhes reagir.	0	1	2	3	4	5	6
2. Eles dominam a minha mente durante um bom bocado, depois de aparecerem.	0	1	2	3	4	5	6
3. Julgo o pensamento/imagem como bom ou mau.	0	1	2	3	4	5	6
4. Sinto-me calma pouco tempo depois de eles aparecerem.	0	1	2	3	4	5	6
5. Consigo aceitar esta experiência.	0	1	2	3	4	5	6
6. Fico zangada por isto me acontecer.	0	1	2	3	4	5	6
7. Noto que os pensamentos/imagens na realidade são breves.	0	1	2	3	4	5	6
8. Julgo-me como boa ou má, de acordo com o conteúdo do pensamento ou imagem.	0	1	2	3	4	5	6
9. Dou 'um passo atrás' e tomo consciência do pensamento ou imagem perturbador/a, sem me deixar dominar por eles.	0	1	2	3	4	5	6
10. Reparo apenas neles e deixo-os ir.	0	1	2	3	4	5	6
11. Aceito-me independentemente do conteúdo dos pensamentos ou imagens perturbadores.	0	1	2	3	4	5	6
12. Na minha mente tento afastar esses pensamentos ou imagens.	0	1	2	3	4	5	6
13. Continuo a pensar no pensamento ou imagem após ele desaparecer.	0	1	2	3	4	5	6
14. Acho estes pensamentos ou imagens tão desagradáveis que tenho de me distrair e tentar não reparar neles.	0	1	2	3	4	5	6
15. Tento experienciar os pensamentos ou imagens sem os julgar.	0	1	2	3	4	5	6
16. Perco-me nos pensamentos ou imagens.	0	1	2	3	4	5	6